الدليل التشخيصي
للاضطرابات النمائية العصبية

دكتـــور/ محمد محمد عوده
الاخصائية/ ناهد شعيب فقيري

مكتبـة الأنجلـو المصريـة

المحتويات

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط

صعوبات التعلم

اضطرابات الحركة

اضطرابات نمائية عصبية أخرى

حالات إكلينيكية

تمهيد

يعد التشخيص هو الخطوة الأولى في علاج أي اضطراب، إذ أن معرفة اسم الاضطراب وفهم التفسير الوظيفي للاضطراب هو الأساس الذي يترتب عليه إيجاد العلاج المناسب، والتشخيص هو الطريقة التي يتوصل بها الطبيب أو الأخصائي إلى معرفة الاضطراب الكامن وراء الأعراض الظاهرة على الفرد.

ويبدأ التشخيص باستقراء السيرة المرضية حيث يعمد الطبيب أو الأخصائي إلى تحديد شكوى المريض، وجمع أعراض المرض أو الاضطراب التي يشكو منها المريض، ثم يعمد من خلال توجيه أسئلة معينة إلى حصر خيارات المرض أو الاضطراب المحتملة إلى مجموعة خيارات تدعى بالتشخيصات الفارقة.

ويعد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الاختصار العلمي (DSM) أحد أهم المراجع التي يعتمد عليها في تشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية

وهو دليل تصدره الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين ويعد الآن المرجع الأول في العالم في تصنيف الأمراض النفسية ومن أكثر الأدوات التشخيصية التي تستخدم في تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات.

يستخدم الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية في جميع أنحاء العالم من قبل الأطباء والباحثين، فضلا عن شركات التأمين وشركات الأدوية وصانعي السياسات. وقد اجتذب الدليل الجدل والانتقاد وكذلك الثناء.

وكانت الحاجة إلى تصنيف الاضطرابات العقلية واضحا طوال تاريخ الطب، ولكن حتى وقت قريب كان هناك القليل من الاتفاق على أي الاضطرابات ينبغي أن تدرج والطريقة الأمثل لتنظيمها، وقد تم تطوير الكثير من نظم التصنيف المختلفة على مدى الألفين سنة الماضية من حيث التركيز النسبي على الظواهر، والمسببات، ويتطلع عن تحديد خصائص كل اضطراب. وشملت بعض أنظمة التصنيف عدد قليل فقط من الفئات التشخيصية، وأشمل البعض الآخر على عدد كبير جدا. وعلاوة على ذلك، فقد اختلفت النظم المختلفة لتصنيف الاضطرابات العقلية فيما يتعلق بما إذا كان الهدف الرئيسي من أجل استخدامها في الأماكن الإكلينيكية، والأبحاث، أو الأماكن الإدارية.

في الولايات المتحدة، كان الحافز الأولي لوضع تصنيف الاضطرابات العقلية الحاجة إلى جمع معلومات إحصائية، وهو ما يمكن اعتباره أول محاولة رسمية لجمع المعلومات حول الصحة العقلية في الولايات المتحدة كان تسجيل مدى شيوع "البلاهة/ الجنون" في تعداد ١٨٤٠.

وبحسب إحصاء عام ١٨٨٠، كانت هناك سبع فئات مميزة من الصحة العقلية: الهوس mania، السوداوية (الاكتئاب) melancholia، الهوس الأحادي monomania، الشلل الجزئي paresis، والخرف dementia، هوس إدمان الخمر dipsomania، والصرع epilepsy.

في عام ١٩١٧، الرابطة الأمريكية لعلم النفس الطبي واللجنة الوطنية للصحة العقلية جنبًا إلى جنب، وضعوا خطة واعتمدها مكتب الإحصاء لجمع إحصاءات صحية موحدة عبر مستشفيات الأمراض العقلية. على الرغم من أن هذا النظام يكرس مزيدًا من الاهتمام للفائدة الإكلينيكية أكثر من الأنظمة السابقة، إلا أنه لا زال في المقام الأول تصنيف إداري.

وفي عام ١٩٢١، غيرت الجمعية الأمريكية لعلم النفس الطبي-اسمها إلى الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وتعاونت في وقت لاحق مع أكاديمية نيويورك الطبية لوضع تصنيف للأمراض النفسية مقبولا على الصعيد الوطني والذي سيدرج ضمن النسخة الأولى من دليل الجمعية الطبية الأمريكية للمسميات التصنيفية القياسية للأمراض. وقد تم تصميم هذا النظام أساسًا لتشخيص المرضى المقيمين الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعصبية حادة.

وقد تم تطوير نظام تصنيف أوسع بكثير في وقت لاحق من قبل الجيش الأميركي (وتعديله من قبل إدارة المحاربين القدامى) بإدراج أفضل مظاهر مراجعي العيادات الخارجية من الجنود والمحاربين القدامى بالحرب العالمية الثانية (على سبيل المثال، الاضطرابات النفسية، واضطرابات الشخصية، والاضطرابات الحادة) بشكل أفضل. وفي الوقت نفسه، نشرت منظمة الصحة العالمية (WHO) الطبعة السادسة من التصنيف الدولي للأمراض، والتي، شملت لأول مرة قسم للاضطرابات العقلية. وقد تأثر بشدة التصنيف الدولي للأمراض الطبعة السادسة ICD-6 بتصنيف إدارة المحاربين القدامى واشتمل التصنيف الدولي للأمراض الطبعة السادسة ICD-6 على ١٠ فئات للذهان العقلي وسبع فئات لاضطرابات الشخصية، واضطرابات السلوك والذكاء،

لجنة الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA المسئولة عن دليل المسميات

والإحصاء البديل وضعت بديل للتصنيف الدولي للأمراض الطبعة السادسة، وتم نشره في عام ١٩٥٢ كطبعة أولى من الدليل التشخيصي والإحصائي DSM.

والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الأولى DSM لائحة بأوصاف الفئات التشخيصية وكان أول دليل رسمي للاضطرابات العقلية يركز على الاستخدام الإكلينيكي. استخدام مصطلح "رد فعل" في كل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الأولى DSM يعكس تأثير نظرة أدولف ماير Adolf Meyer بعلم النفس فيرى أن الاضطرابات النفسية تمثل ردود فعل شخصية إلى العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية.

ويرجع ذلك في جزء منه إلى الافتقار إلى قبول واسع النطاق لقوائم الاضطراب العقلي الواردة في ICD-6 و ICD-7، منظمة الصحة العالمية WHO رعت ودعمت المراجعة الشاملة لقضايا التشخيص الذي أجراه الطبيب النفسي البريطاني اروين ستنجل Erwin Stengel، من تقريره الموحي بالكثير من التقدم في التشخيص وخاصة الحاجة إلى تعاريف واضحة للاضطرابات كوسيلة لتعزيز التشخيصات الإكلينيكية والتي يمكن الاعتماد عليها. ومع ذلك، فإن الجولة المقبلة من التنقيحات، التي أدت إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الثانية DSM-II والتصنيف الدولي للأمراض الطبعة الثامنة ICD-8، لا تتبع توصيات ستنجل بدرجة كبيرة. كان الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الثانية DSM-II مماثل إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الأولى DSM لكن استبعد مصطلح "رد فعل".

كما كان الحال بالنسبة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الأولى DSM والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الثاني DSM II، وتطوير الطبعة الثالثة (DSM III) مع تطوير الطبعة المقبلة من التصنيف الدولي للأمراض ICD-9، والتي نشرت في عام ١٩٧٥ ونفذت في عام ١٩٧٨، وبدأ العمل في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الثالث DSM-III في عام ١٩٧٤، وتم نشره في عام ١٩٨٠.

أدخلت مجموعة من التجديدات المهمة على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الثالث DSM-III، بما في ذلك معايير تشخيصية واضحة، ونظام التقييم التشخيصي المتعدد المحاور، والنهج الذي حاول أن يكون محايدا فيما يتعلق بأسباب الاضطرابات النفسية، وساعد هذا الجهد من خلال العمل المكثف

على البناء والتحقق من صحة المعايير التشخيصية وتطوير المقابلات النفسية للبحوث والاستخدامات الإكلينيكية.

التصنيف الدولي للأمراض ICD-9 لم يشتمل على معايير تشخيصية أو نظام متعدد المحاور إلى حد كبير لأن الوظيفة الأساسية لهذا النظام الدولي تتمثل في تحديد فئات لجمع الإحصاءات الصحية الأساسية. في المقابل، تم تطوير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الثالث DSM III مع هدف إضافي لتوفير تعاريف دقيقة للاضطرابات العقلية بالنسبة للأطباء والباحثين. بسبب عدم الرضا في عنه في المجال الطبي مع الافتقار إلى التحديدات في التصنيف الدولي للأمراض التاسع ICD-9، وقد تم اتخاذ قرار لتعديله للاستخدام في الولايات المتحدة، مما أدى إلى ظهور التصنيف الدولي للأمراض التاسع (التعديل الإكلينيكي) ICD-9-CM (for Clinical Modification).

التجربة مع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الأولى DSM، والطبعة الثالثة (DSM-III) كشفت التناقضات في النظام والحالات التي كانت المعايير التشخيصية فيها غير واضحة. لذلك، حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA مجموعة عمل لمراجعة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الثالثة DSM-III، وقامت بوضع التنقيحات والتصحيحات التي أدت إلى نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الثالثة المراجعة DSM-III-R في عام ١٩٨٧.

في عام ١٩٩٤ تم نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة DSM-IV، وكان تتويجا لجهود استمرت ست سنوات وشارك فيها أكثر من ١٠٠٠ من الأفراد والعديد من المنظمات المهنية. تم بذل الكثير من الجهد المشترك وإجراء استعراض شامل للأدبيات لوضع أساس عملي متين لإجراء التعديلات. وتم إجراء تغييرات عديدة على التصنيف (على سبيل المثال، تم إضافة اضطرابات، وحذف اضطرابات، وإعادة تنظيم اضطرابات)، ومجموعات المعايير التشخيصية، وكذلك وضع نص وصفي. عمل مطوري الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة DSM-IV والتصنيف الدولي للأمراض العاشر ICD-10 بشكل قريب ووثيق لتنسيق جهودهم، مما أدى إلى زيادة التطابق والانسجام بين النظامين وأصبح الاختلاف قليل جدا ولا معنى له وقد يكون في بعض الصياغة، وقد تم نشر التصنيف الدولي للأمراض العاشر ICD-10 في عام ١٩٩٢.

ابتداء من عام ٢٠٠٠، تم تشكيل مجموعات عمل لإنشاء برنامج بحثي للمراجعة الرئيسية الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM 5). وتم نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس DSM-5 في عام ٢٠١٣، وهو يقدم أحدث المعايير التشخيصية للاضطرابات.

وقد حاولنا في الكتاب تقديم المعايير التشخيصية وبعض التشخيصات الفارقة والمقارنات التي تساعد المختصين العاملين مع الأطفال على التشخيص الدقيق مع وجود بعض التطبيقات لحالات إكلينيكية لكيفية تحديد الأعراض ومدى مطابقتها مع المعايير التشخيصية وكيفية كتابة التشخيص النهائي.

د. محمد محمد عودة

أ. نافذ شعيب نفري

1

الاضطرابات النمائية العصبية

الاضطرابات النمائية العصبية

الاضطرابات النمائية العصبية the neurodevelopmental disorders هي مجموعة من الظروف التي تترافق مع بداية مرحلة النمو، وتظهر عادة بشكل مبكر مع بداية النمو، وغالبا ما تبدأ لدى الطفل قبل دخوله مرحلة الدراسة الأساسية، وتتصف بقصور في التطور، مما يتسبب في تدهور الأداء الشخصي والاجتماعي والأكاديمي والوظيفي، ويتراوح نطاق العجز في النمو من قصور محدود يتمثل في العجز عن التعلم أو السيطرة على الوظائف الجسدية إلى إعاقات شاملة في الذكاء والمهارات الاجتماعية، وغالبا ما تحدث العصبية النمائية مترافقة مع أعراض أخرى، فعلى سبيل المثال، الأطفال المصابون بالتوحد يعانون من إعاقات عقلية (اضطراب التطور العقلي)، وكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) يعانون أيضا من صعوبات تعلم محددة.

في بعض الاضطرابات يتضمن التشخيص الطبي أعراض الإفراط والقصور والتأخر في الوصول إلى مراحل التطور المطلوبة. فعلى سبيل المثال، يتم تشخيص التوحد فقط عندما تكون خصائص الصعوبات في التواصل الاجتماعي مترافقة مع تكرار مفرط في السلوكيات، والاهتمامات المحدودة، والإصرار على الرتابة.

ويتصف اضطراب النمو الفكري (الذهني) "intellectual developmental disorder" بقصور في القدرات العقلية العامة، مثل التفكير المنطقي (الاستدلال)، القدرة على حل المشاكل، التخطيط، التفكير المجرد، التحكم، التعلم الأكاديمي، والاستفادة من الخبرات، وينتج عن القصور الذهني ضعف في القدرة على الوظيفية التكيفية، مثل أن يفشل الفرد في تحقيق متطلبات الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية في مظهر أو أكثر من مظاهر حياته اليومية، ويتضمن ذلك القدرة على التواصل، المشاركة الاجتماعية، الأداء الأكاديمي أو الوظيفي، والاستقلال الشخصي في البيت أو القطاعات المجتمعية.

إن التأخر النمائي الشامل "Global Developmental Delay" يدل على ما تعنيه كلماته تماما، حيث يتم تشخيصه عندما يفشل الفرد في بلوغ مراحل التطور المطلوبة في العديد من مجالات من الأداء العقلي، ويستخدم التشخيص من أجل

الأشخاص الذين لا يستطيعون اجتياز اختبارات معيارية في "الأداء العقلي"، ويتضمن ذلك الأطفال الذين هم أصغر من أن يخضعوا للاختبارات المعيارية. وقد تنجم الإعاقة العقلية عن إصابة مؤذية في مرحلة النمو، على سبيل المثال: إصابة بالغة في الرأس، في هذه الحالة قد يتم تشخيص الحالة ضمن اضطراب النمو العصبي.

وتتضمن **اضطرابات التواصل** "The communication disorders" اضطراب اللغة، اضطرابات صوت الكلام، اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي)، واضطرابات الطلاقة في الطفولة المبكرة (التأتأة). وتتصف الاضطرابات الثلاثة الأولى على التوالي بعجز في تطور واستخدام اللغة، والكلام، والتواصل الاجتماعي، ويتصف اضطراب الطلاقة في الطفولة المبكرة باضطراب في طلاقة النطق المعتادة وآلية إنتاج الكلام، ويتضمن ذلك الأصوات والمقاطع المتكررة، إطالة السكون ونطق الأحرف الصوتية، الكلمات المنقطعة، التوقف وعدم القدرة على الكلام، أو إنتاج الكلمات المنطوقة مع إفراط في الحركات الجسدية المتوترة.

وكما هو الحال في اضطرابات النمو العصبي الأخرى، تبدأ اضطرابات التواصل في مرحلة مبكرة من الحياة وربما ينتج عنها إعاقات وظيفية مدى الحياة.

ويتصف اضطراب طيف التوحد "Autism Spectrum Disorder" بقصور مستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل مع المجتمع عبر سياقات وظروف متعددة، ويتضمن ذلك القصور التبادل الاجتماعي، سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، ومهارات تطوير العلاقات وفهمها والمحافظة عليها. بالإضافة إلى القصور في التواصل الاجتماعي، يتطلب تشخيص اضطراب طيف التوحد وجود أنماط محددة ومتكررة من أنماط سلوكية واهتمامات أو أنشطة. ولأن الأعراض تتغير مع التطور، وربما يتم إخفاؤها تحت قناع ميكانيزمات التعويض، فإنه يجدر أن يتم تحقيق معايير التشخيص بناء على معلومات من الماضي، بالرغم من أن التشخيص الآني بمفرده يفيد بأن الأعراض الحالية لا بد وأن تسبب بإعاقة ملحوظة.

ضمن عمليات تشخيص اضطراب طيف التوحد، لوحظت بعض الخصائص الإكلينيكية الفردية من خلال استخدام المحددات "Specifies" (مع أو بدون إعاقة عقلية، مع أو بدون إعاقة لغوية، بمصاحبة عوامل طبية/جينية معروفة أو ظروف بيئية/ مكتسبة، وبمصاحبة اضطرابات نمو عصبي أخرى أو عقلية أو اضطراب سلوكي)، كما تستخدم المحددات "Specifies" أيضاً في وصف أعراض اضطراب

طيف التوحد (العمر عند بداية أولى مظاهر القلق لدى الوالدين، مع أو بدون فقدان المهارات الأساسية، شدة الأعراض).

هذه المحددات 'Specifics' تزود الأطباء بفرصة لإعطاء التشخيص طابعاً فردياً مما يوصلهم إلى وصف طبي أشمل للفرد المصاب، فعلى سبيل المثال: العديد من الأشخاص الذين تم تشخيصهم سابقاً بمتلازمة اسبرجر، سيتمكنون الآن من الحصول على تشخيص لاضطراب طيف التوحد بعيداً عن الإعاقة اللغوية والإعاقة العقلية.

واضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط 'ADHD' attention-deficit/ hyperactivity disorder اضطراب نمائي عصبي يُعرف من خلال مستويات من الإعاقة تتمثل في تشتت الانتباه، وعدم التنظيم، و/أو فرط النشاط – الاندفاعية. ويستتبع تشتت الانتباه وعدم التنظيم مظاهر من عدم القدرة على مواصلة تنفيذ المهام الموكلة إليه، وتبدو كما لو أنها عدم سماع الكلام، أو إضاعة الأشياء، وهذه مستويات لا ترتبط مع العمر أو مستوى التطور. ويستتبع النشاط المفرط – الاندفاعية مظاهر من النشاط الزائد، كثرة التململ، عدم القدرة على الالتزام بالجلوس، التدخل في شؤون الآخرين، وعدم القدرة على الانتظار – وأعراض كهذه تكون عادة فوق مستوى العمر أو النمو.

ففي مرحلة الطفولة، تتداخل أعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط 'ADHD' مع أعراض اضطرابات أخرى تعتبر عادة بأنها اضطرابات تفريغية 'خارجية/ استظهارية' externalizing disorders مثل اضطراب المعارض المتحدي oppositional defiant disorder واضطراب المسلك conduct disorder ويلازم اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه 'ADHD' الإنسان ابتداء من سن البلوغ مسبباً إعاقات في الأداء الاجتماعي والأكاديمي والوظيفي.

الاضطرابات الحركية النمائية العصبية ' the neurodevelopmental motor disorder تحتوي على اضطراب التناسق النمائي، واضطراب الحركات النمطية واضطرابات النزعة "Tic Disorders". ويتصف اضطراب التناسق النمائي بقصور في اكتساب وانتكاز مهارة التناسق ويظهر هذا القصور على شكل حماقات وبطء أو عدم دقة في انجاز المهارات الحركية التي يتطلبها التفاعل مع نشاطات الحياة اليومية. أما اضطراب الحركات النمطية فيتم تشخيصه عندما يكون لدى شخص ما آليات سلوكية تتسم بالتكرار والتشابه وعدم الفائدة منها، مثل الرفرفة باليدين، هز الجسم، ضرب الرأس أو إيذاء الذات، وتتداخل هذه الحركات النمطية

مع النشاطات الاجتماعية والأكاديمية وغيرها، وإذا تسببت هذه السلوكيات بأذى ذاتي؛ فيجب تحديد هذا على أنه جزء من الوصف التشخيصي.

ويتصف اضطراب اللزمة 'Tic Disorders' بحدوث لزمة بدنية أو صوتية، حيث تكون هذه اللزمة فجائية، سريعة، متكررة، غير إيقاعية، ونمطية. وبحسب المدة، وعلم مسببات الأمراض "etiology" والظواهر الإكلينيكية يمكن أن يشيروا إلى نوع واحد محدد من اضطراب اللزمات يمكن تشخيصه مثل: اضطراب توريت'، اضطراب اللزمة الحركي المستمر (المزمن) أو اضطراب اللزمة اللفظي المستمر، اضطراب اللزمة المؤقت، واضطراب اللزمة المحددة الأخرى واضطرابات اللزمة الغير محددة. بالنسبة لاضطراب توريت' فإن تشخيصه يتم عندما يكون لدى الشخص لزمات حركية ولفظية متعددة على مدى عام واحد على الأقل ودورة زمنية يظهر فيها زيادة - نقصان أعراض الاضطراب.

يتم **تعريف اضطراب التعلم المحدد** 'Specific learning disorder' بما تعنيه كلماته تماما، ويتم تشخيصه عندما يكون هناك صعوبات محددة في قدرة شخص ما على إدراك ومعالجة المعلومات بفعالية ودقة، وهذا الاضطراب النمائي العصبي يظهر بادئ ذي بدء خلال سنوات التعليم الأساسي، ويتصف بإعاقة مزمنة تتمثل في صعوبة تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية من كتابة وقراءة ورياضيات، ويكون التحصيل العلمي للفرد المصاب بالنسبة للمهارات الأكاديمية المتأثرة تحت المعدل الطبيعي لمن هم في مثل عمره، وقد يتم تحقيق مستويات تحصيل مقبولة في حال بذل جهود استثنائية فقط، وقد يحدث اضطراب التعلم المحدد للأشخاص المعروفين بذكائهم الفطري ويظهر فقط عند متطلبات التعلم أو إجراءات التقييم (الاختبارات الموقوتة على سبيل المثال) مما يفرض عوائق لا يستطيع ذكاؤهم الفطري وأساليب تعويض النقص لديهم من التغلب عليها. وبالنسبة لجميع المصابين بهذا الاضطراب، فإنهم سيواجهون إعاقات مزمنة أثناء قيامهم بالنشاطات التي تتطلب مهارات أكاديمية ووظيفية.

إن استخدام المحددات ' Specifies ' في تشخيص الاضطرابات النمائية العصبية يثري الوصف الإكلينيكي المتعلق بالأشخاص المصابين من حيث الأعراض الآتية، بالإضافة إلى المحددات ' Specifies ' التي تصف المظاهر الإكلينيكية مثل العمر عند بداية ظهور الأعراض أو معدلات شدة الأعراض. فقد تحتوي الاضطرابات النمائية العصبية أيضا على محددات ' Specifies ' مرتبطة بظروف/ حالات طبية أو جينية/ وراثية معروفة أو عوامل بيئية؛ وتعطي هذه

المحددات " Specifies " فرصة للأطباء في توثيق العوامل التي ربما قد تكون لعبت دورا في أسباب (Etiology) الاضطراب، بالإضافة إلى العوامل التي قد تلعب دورا في فهم الدورة الزمنية الطبية للاضطراب، ومن الأمثلة على ذلك الاضطرابات الجينية/ الوراثية مثل متلازمة إكس الهش Fragile X، والتصلب الدرني، ومتلازمة رت "Rett Syndrome"، والحالات الطبية مثل الصرع "Epilepsy"، والعوامل البيئية بما في ذلك انخفاض الوزن الشديد عند الولادة والتعرض الكحولي الجنيني "Fetal Alcohol Exposure" (حتى في حالة عدم وجود علامة مميزة لمتلازمة الكحول الجنينية).

ويمكن القول إن عملية التشخيص في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM-5 تتم وفق ثلاثة مستويات أو ما يمكن أن نطلق عليه التشخيص متعدد المستويات Multi-level Diagnostic Process وهذه المستويات الثلاثة هي:

١- المعايير التشخيصية **Diagnostic Criteria**: والتي توضح طبيعة الأعراض ونوع المشكلات وشروط التضمين والاستثناء.

٢- التحديد **Specifiers**: وهي شروط تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة.

٣- مستوى الشدة **Severity levels**: وهي المحكات التي من خلالها نستطيع تحديد مدى شدة الاضطراب.

٢

الإعاقات الفكرية

Intellectual Disabilities

الإعاقات الفكرية

Intellectual Disabilities

مقدمة :

الإعاقة الفكرية ظاهرة قديمة قدم البشر أنفسهم، ولو عدنا إلى تاريخ المعاقين فكرياً عبر العصور والحضارات المتنوعة لوجدناه واحدا من أكثر فصول تاريخ الحضارة الإنسانية قتامة وقسوة، حيث ظلت معاملة المعاقين فكرياً – ربما بشكل خاص حالات الإعاقة الفكرية الشديدة – واحدة من أكثر فصول تاريخ البشرية إثارة للاشمئزاز.

ففي القبائل الهمجية في العصور القديمة من التاريخ كان المعاقون فكرياً يساقون إلى الموت باعتبارهم أفرادا غير نافعين للجنس البشري. وفي إسبرطة ظل الأشخاص المعاقون فكريا يبادون بلا أدنى رحمة أو شفقة حتى لا تنحدر دولتهم التي كانت تقوم على احترام القوة، كذلك فقد نادى الفلاسفة الإغريق بمبدأ البقاء للأصلح.

وفي تلك الآونة أو ما يعرف بعصر الحضارة الإغريقية لم يطرأ تحسن على أوضاع المعاقين فكرياً، وقد وصفت الكلمة الإغريقية Idios ومعناه المعتوه، والتي ظلت تستخدم إلى وقت قريب، هؤلاء الأفراد بأنهم بهم مس من الشيطان وكانوا يتركون لحال سبيلهم حتى الموت، كما كانوا يستخدمون لأغراض التسلية والإضحاك والسخرية خاصة في بيوت الأغنياء، وفي الوقت الذي تشير فيه الوثائق إلى أن الرومان كانوا يستخدمون المعاقين فكرياً بقصد التسلية والإضحاك فلم يرد ما يشير إلى أي جهد من أجل مساعدتهم في تلك الفترة.

وفي العصر المسيحي بدأ في روما روح تتسم بالتعطف والشفقة على البؤساء بما فيهم المعاقين فكريا الذين نالهم جانب من التحسن، حيث أصبحوا يزودون بالملابس والطعام والمأوى – كما وفرت تعاليم جوستينيان للمعاقين فكرياً وللصم البكم أوصياء يقومون على مصالحهم.

وفي الإسلام شهد المعوقون بجميع فئاتهم كل مظاهر العون والرعاية والتقبل من المجتمع بالإضافة إلى ما تضمنته الشريعة الإسلامية من حقوق لهم، ورفع بعض التكاليف الشرعية عنهم – ويشير كثير من المؤرخين الغربيين بأن المجتمع

الإسلامي كان أول المجتمعات التي قامت ببرامج رعاية حقيقية للمعوقين ووفر لهم كل سبل العيش الكريم والاندماج مع سائر أفراد المجتمع. هذا بالإضافة إلى أن الإسلام أبطل عادات جاهلية مثل قتل الأطفال ووأد البنات والتي كان من بين أسبابها في ذلك الوقت وجود إعاقات أو الخوف من الفقر.

ومع بداية ما عرف بعصر التنوير والإصلاح الديني المسيحي في أوروبا وصل حال المعاقين فكريا أدنى مستوياته، فقد اهتمت حركة الإصلاح بالمسئولية الشخصية – واعتبر أولئك الذين لا يمكنهم تحمل المسئولية الكاملة عن أنفسهم مستحقين للعقاب – كما اعتبر أولئك الذين لا يفقهون أو لا يوافقون على تعاليم المذاهب الكاثوليكية أو البروتستانتية مستحقين للاضطهاد والتعذيب (Macmillan, 1977: 11).

وفي منتصف القرن السابع عشر الميلادي قام القسيس (فنسنت دي بول) وأخواته المحسنات بإنشاء مؤسسة إيوائية في باريس عرفت بمؤسسة البيسيتر The Bicetre لمن لا مأوى لهم (المشردين) والمعوقين فكريا أو بدنيا، وكان الإيواء والطعام والتدفئة والحماية هي أقصى ما قدم للمتخلفين في ذلك الوقت دون أي محاولات لتعليمهم أو تدريبهم، ويمكن أن نقول أن هذه الفترة من حياة المعوقين عموما هي فترة الملجأ حيث كان الإيواء والحماية من الاستغلال وتقديم الضروريات الخاصة بالحياة هي كل ما يقدم لهم دون أي محاولة لفهم مشكلاتهم أو مساعدتهم بشكل مخطط.

لقد كان أهم الأحداث في تاريخ رعاية المعاقين فكريا في العصر الحديث ذلك الذي وقع عام ١٧٩٨ إذ عثر أحد الصيادين على طفل يعيش في غابة أفيرون بجنوب فرنسا ونقله إلى باريس حيث تلقى اهتماما من عدد من الباحثين – فتعهده في البداية بينيل Pinel الذي قرر أنه معتوه Idiot ولا تصلح معه أي طريقة أو مساعدة تربوية وأطلق عليه اسم وحش أفيرون، وسمي فيما بعد فيكتور. غير أن أكاديمية العلوم في باريس عهدت به إلى جين إيتارد Jaan Itard الذي عمل في صبر ومثابرة كبيرين وأحرز بعض التقدم مع الطفل ولكنه قدم تقريرا بعد العام الأول أوضح فيه أن الطفل لديه تخلف عقلي بجانب كونه لم يتعلم، ثم توقف عن العمل معه بعد مرور خمس سنوات تقريبا توصل خلالها إلى تعليمه أشكالا بسيطة من اللغة وتمييز بعض الكلمات والأشياء. ورغم ما شعر به (إيتارد) من الأسى لعجزه عن تحويل هذا الطفل إلى طفل متمدين فإن أكاديمية العلوم بباريس اعترفت بأنه قدم إسهاما فعليا للمعرفة الإنسانية وشجعته على إعداد مؤلفه المعروف "طفل أفيرون الوحشي The Wild boy Of Averon".

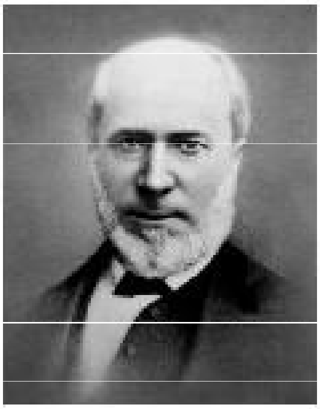


جان مارك غاسبار إيتارد Itard

وربما يكون إدوار سيجان Edmund Seguin واحداً من أبرز الذين تركوا بصمات واضحة في مجال تعليم المعاقين فكرياً في العصر الحديث. ففي عام ١٨٣٧ م وافق سيجان على العمل مع (جان إيتارد) في تعليم طفل معتوه (وهو الاصطلاح الذي كان شائعاً في ذلك الوقت)، ورغم أن إيتارد توفي بعد عام واحد من ذلك التاريخ (عام ١٨٣٨) فإن سيجان واصل تعليمه للطفل، ولم يكن لدى سيجان الرغبة في الانتظار حتى يمكن للطب أن يشفي حالات "الإعاقة (باعتباره طبيباً) وإنما حاول أن يعمل كما يعمل القائمون على تعليم الصم والمكفوفين وأن يمنح المعاقين مزايا التعليم فأنشأ فصلاً تجريبياً للمعتوهين في معهد سالبيتريير في باريس عام ١٨٣٩ ونظم برنامجاً للمعتوهين في عهد البايسيتر عام ١٨٤١ (The Bicetre)، وقدمت الحكومة الفرنسية لهذا البرنامج الأمكنة المناسبة، وما لبث سيجان أن أنشأ مدرسة خاصة به. وقد قوبل نجاح سيجان بالاهتمام الكافي في فرنسا، وفي غيرها من البلدان

كما أوصت أكاديمية باريس للعلوم باستخدام طريقة سيجان وقوبل مؤلفه الذي نشره عام ١٨٤٦ بترحيب كبير كما اهتم كثير من العلماء في دول أخرى بزيارة معهده والإشادة به، ومع تغير الأوضاع السياسية في فرنسا عام ١٨٤٨ أسرع سيجان لعدم ثقته في النظام الجديد إلى الهجرة إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث واصل فيها نشاطه في مجال تعليم المعاقين فكرياً، وأنشأ مع مجموعة من العلماء البارزين فيها جمعية المتخصصين الطبيين في المعاهد الأمريكية للتخلف الفكرية والتي تطورت فيما بعد إلى الجمعية الأمريكية للضعف العقلي (AAMD)

American Associstin of Mental Deficiency والتي أصبحت تعرف الآن بالجمعية الأمريكية للتخلف الفكرية (AAMR)



إدوار سيجان (1812–1880)

أما جون داون John Down فقد قدم في عام ١٨٦٦، محاضرة إكلينيكية عن حالات أطلق عليها (النمط المنغولي من العته Mongolian type of idiocy) وهي الحالات المعروفة الآن بزملة داون نسبة لهذا العالم Down's syndrome – وفي نفس العام وبغير علم عن محاضرة داون وصف ساجان Seguin نفس الحالات ورغم أن الوصف الذي قدمه ساجان لهذه الحالات كان أدق مما قدمه داون إلا أن اسم داون قد ارتبط بهذه الحالات، وقد أدى التعرف على هذه الحالات إلى البحث عن أنواع أخرى من الإعاقة الفكرية والأسباب المؤدية لها.

وفي عام ١٨٧٧ قام ايرلند Ireland بتصنيف لحالات الإعاقة الفكرية، تضمن أثني عشر قسما فرعيا ترتبط بالأسباب التي تكمن وراءها، وقبل نهاية القرن العشرين كانت هناك اكتشافات أخرى تختلف في صورتها المرضية. ومن بين هذه الحالات الاكتشاف الذي قدمه بورنفيل Bournevilleis عام ١٨٨٠ والخاص بحالات التصلب الدرني Tuberous Sclerosis. كما اكتشف كل من طبيب العيون وارين تاي Warren Tay عام ١٨٨١ وطبيب الأعصاب برنارد ساكس Bernard Sachs عام ١٨٨٧ ما أصبح الآن معروفا بحالات أو مرض تاي ساكس، كما قام سيجموند فرويد Freud بإجراء دراسته عن أسباب وطبيعة الشلل المخي Cerebral Palsy – كما أسهم مجال البحوث الطبية الحيوية في الكشف عن حالات خلل الأنزيمات المعروفة باسم فينيل كيتونيوريا Phenylketonuria والتي اكتشفها

الدكتور آ. فولينج عام ١٩٣٤ ولاحظ أن هذه الحالة وراثية وأنها تنتج عن عدم القدرة على التمثيل الغذائي لحمض الفينيل الانين وهو حمض أميني يوجد في معظم البروتينات، وينتج عن ذلك افراز مواد تؤدي إلى تدمير خلايا المخ وحدوث إعاقة فكرية عقلي من النوع الشديد. وفيما بعد أمكن التوصل إلى أن تغذية الفرد المصاب منذ بداية حياته على مواد خالية من حمض الفينيل الانين يفيد في تجنب الإصابة بالإعاقة الفكرية. وقد أدى ذلك إلى توسيع دائرة الاهتمام بين المختصين لبحث الجوانب الوراثية للإعاقة الفكرية وأساليب التعرف على هذه الحالات كما أدى كذلك نشأة مجال الإرشاد الوراثي Genetic Counseling.

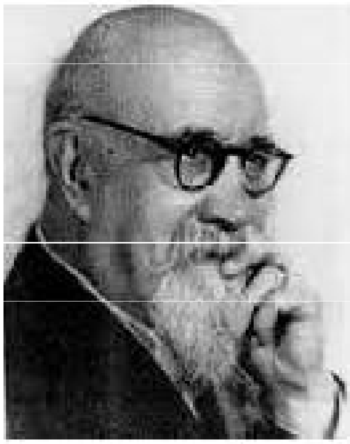
وما نستطيع قوله أن سيجان كان له بصمات واضحة ولها أثر كبير في مجال الإعاقة الفكرية سواء من الناحية المنهجية أو الفلسفية، ولأنه طبيب فإن نموذجه التعليمي كان أيضا نموذجا طبيا يعتمد على التشخيص، والوصف بناءا على التشخيص وتلخيص النتائج. كما أن طريقته الفيزيولوجية ترتبط بشكل وثيق بالأساليب المستخدمة في مدارس مونتيسوري محققة أمله في أن نفيد أساليبه الأطفال العاديين. وكما هو الحال مع إيتارد فإن تأثيرات سيجان لاتزال واضحة في الجهود القائمة الآن كما أن تطور خلال عمله عملة لوحة الأشكال المعروفة باسمه (لوحة سيجان للأشكال).

وعلى الرغم من أن الجهود التي قام بها الرواد الأوائل أمثال إيتارد، وسيجان وغيرهما، كان يعوزها فهم الأسباب الطبية للإعاقة الفكرية، وكذلك الخصائص التعليمية لهذه الحالات فإنها استمرت كنماذج في تعليم المعاقين لفترة من الزمن – وقد أعمال سيجان ذات أهمية خاصة رغم أنه ينقصها البرهان المشتق من البحوث.

ولعل من بين العلامات البارزة على طريق رعاية المعاقين فكريا بزوغ ما يعرف بحركة القياس النفسي وبصفة خاصة قياس الذكاء، وعلى الرغم من وجود بدايات لدراسة الفروق الفردية منذ أواخر القرن التاسع عشر إلا أن الطفرة الحقيقية في القياس النفسي حدثت مع جهود ألفريد بينيه Binet في أوائل القرن العشرين ففي عام ١٩٠٤ كلف وزير التعليم الفرنسي بينيه بإعداد طريقة للتعرف على الأطفال المتخلفين بمدارس باريس الذين يتوقع أن يخفقوا في متابعة المنهج الرسمي حتى يمكن تسكينهم في برامج خاصة تناسب حاجاتهم، وقد دعا بينيه تيودور سيمون للاشتراك معه في هذا العمل.

وفي حين كانت الجهود السابقة على عمل بينيه تعتمد في قياس القدرات العقلية على مقارنه الاستجابات مثل زمن الرجع وحركة العينين، والتمييز الحسي فإن بينيه

وسيمون قد بنيا أسلوبهما على أساس الواجبات التعليمية والبيئة التعليمية وعلى أساس أن الأطفال المتوسطين ينجزون مراحل ارتقائية معينة في نفس العمر، وعن طريق الملاحظة والقياس أمكنهما أن يعدا تدرجاً للأعمار التي ينجز فيها الأطفال مهارات معينة في اللغة، وفي الحكم والتقدير وغيرها من مظاهر الارتقاء البشري.



ثيودور سيمون (1872 1961)



ألفريد بينيه (1857–1911)

وقد ظهرت الصورة الأولى من مقياس بينيه وسيمون عام ١٩٠٥ تبعها ظهور طبعات معدلة عام ١٩٠٨، وعام ١٩١١ وهو العام الذي توفي فيه بينيه، وقد كان تأثير بينيه عميقاً حيث قدم وسائل موثوقاً فيها لتقدير العمر الفكرية للطفل مما يمكن المدرسين من تقدير مستوى أداء الطفل في المدرسة – ومع ظهور اختبار بينيه أصبح المتخصصون النفسيون والمختصون بالتعليم مضطرين إلى تصنيف الناس على أنهم عاديون أو متخلفون.

ويقول جروسمان (Grossman, 1983: 11) إن الاختبار "بينيه" كان من أكثر الاختبارات التي استخدمت لتصنيف الأطفال بغرض تحديد تحصيلهم الدراسي، استخدم كطريقة للملاحظة الموضوعية المقننة بطريقة يمكن من خلالها التنبؤ بالأداء الأكاديمي.

وبناءً على العمر الفكرية فقد وضع بينيه مخططاً عاماً في ضوئه تم تصنيف المعاقين إلى معتوهين Idiots، وهم الذين عمرهم العقلي من عام إلى عامين، البلهاء Imbeciles وهم الذين يحصلون على عمر عقلي من ثلاثة إلى سبعة، وقد وضع بينيه اصطلاح الواهن "الضعيف" De Debile وهم الذين يحصلون على أعمار عقلية فوق ثماني سنوات (Winzer,1993: 160).

وسرعان ما امتدت حركة القياس النفسي إلى الولايات المتحدة الأمريكية حيث علم هنري جودارد عن عمل بينيه في رحلة له إلى أوروبا فقام بترجمة مقياس بينيه وقام بتجربيه في فاينلاند وكان مبهورا بإمكانية الاختبار في التعرف على مستوى أداء الأطفال. وقد كان تأثير جودارد على التفكير الأمريكي هاما – رغم أنه في بعض الأحيان سار بعيدا عن بينيه كما حدث عندما فسر مقياس بينيه على أنه يقيس كلية موحدة أساسها وراثي؛ بينما كان بينيه يعتقد أن الذكاء مرن وقابل للزيادة.



هنري جودارد (1866–1957)



لويس تيرمان (1877–1956)

ومع أن اختبارات الذكاء قد لاقت بعض الانتقادات إلا أنه مع بداية عام ١٩١٢ كان هناك قبول تام للاختبارات كطريقة للتعرف على المعاقين فكريا. وأصبحت المراجعة التي قام بها لويس تيرمان (١٩١٦) Terman لمقياس بينيه وسيمون هو المعيار الذي تقارن به اختبارات الذكاء – وقد اقترح تيرمان اصطلاح نسبة الذكاء، Intelligent Quotient (IQ) والذي يعكس مقارنة الفرد بغيره بدلا من العمر الفكرية الذي يعكس المستوى الذي يؤدي عنده الفرد. وأثار ظهور المراجعة الجديدة لمقياس بينيه جدلا حول أي المؤشرين يستخدم في تقسيم أو تصنيف حالات الإعاقة الفكرية: العمر الفكرية أم نسبة الذكاء؟ وانتهى الأمر إلى الاتفاق على أن تتخذ نسبة الذكاء أساسا للتصنيف.

ومع نشوب الحرب العالمية الأولى – قام الأخصائيون النفسيون في مدرسة التدريب في فاينلاند بولاية نيوجرسي بإعداد اختبارين جمعيين للذكاء للتعرف على

الجنود الذي يستبعدون من دخول الخدمة العسكرية بسبب انخفاض الذكاء - حيث أعد الاختبار الأول والذي عرف باختبار ألفا Alpha لأولئك الذين لديهم مهارات لغوية كافية - بينما أطلق على الاختبار الثاني الذي أعد لمن ليس لديهم مهارات لغوية كافية اختبار بيتا Beta وهو اختبار غير لفظي. وقد أدى استخدام هذين الاختبارين مع المرشحين للخدمة العسكرية إلى ظهور نسبة ذات وزن من الأفراد الذين لديهم قدرة ذهنية محدودة.

ونتيجة لهذه التطورات قامت الجمعية الأمريكية للضعف العقلي AAMD American Association of Mental Deficiency والتي بدأت في عام ١٩١٩ بتغيير نظامها لتصنيف المعاقين فكريا والذي كان يشتمل على فئتين فقط هما المعتوهون Idiots والبلهاء imbeciles؛ ليضم فئة جديدة هي المورون (المأفونون) Moron، وقد عرض اصطلاح المورون بواسطة جودارد حيث اشتقه من الوصف الإغريقي والذي يعني "الأحمق" أو "السفيه" الذي لديه نقص في الحكم والتقدير. وقد أدى دخول هذه الفئة الجديدة إلى إضافة جديدة لحجم مشكلة المعاقين (وهي المقابلة لحالات الإعاقة البسيط في التصنيف الحديث والذي أصدرته الجمعية الأمريكية للضعف الفكري ١٩٧٣ ولمجموعة القابلين للتعلم في التصنيف التعليمي) وقد أدى دخول هذه الفئة الجديدة إلى أن مجموعة ممن كانوا مندمجين في المجتمع قد دخلوا الآن تحت مسمى الإعاقة الفكرية، وذلك نتيجة قوتين دافعتين الأولى هي التعليم الإلزامي والذي من شأنه أن يفرز أطفالا على أنهم منخفضو التحصيل ولا يمكن استمرارهم في التعليم العادي. والثانية: وجود اختبارات الذكاء التي يمكنها أن تفرز البعض على أنهم ينطبق عليهم المسمى الجديد «المورون» - وهنا كما يقول مكميلان (Macmillan, 1977) "ومع تطوير اختبارات الذكاء، فإن نسبة الأطفال الذين حصلوا على درجات منخفضة أذهلت كثيرا من المتخصصين. فقد بدا جيل كبير من الأشخاص المعاقين المفترضين يبدو، والذين لديهم مهارات اجتماعية، وذوي مظهر عادي، ولكنهم كتلاميذ في التعليم يكونون غير قادرين على التنافس".

لقد نشرت لجنة التعريفات للتخلف الفكرية التابع للجمعية الأمريكية للضعف العقلي AAMD والتي تغيير فيما بعد إلى الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي American Association on Mental Retardation AAMR التعريف الأول في عام ١٩٢١، ثم مراجعة الدليل أعوام (١٩٣٣، ١٩٤١، ١٩٥٧) ثم في عام ١٩٥٩ كانت اللجنة المشكلة لصياغة ومراجعة التعريف برأسها ريك هيبر Rick Heber

وقد تطور وقدم التعريف الذي يعد الخامس للجمعية، وقد حدث عليه بعض التعديل البسيط في عام ١٩٦١ وينص التعريف على أنه "تمثل الإعاقة العقلية مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن المتوسط الذكاء بانحراف معياري واحد، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٦"، ثم قدمت الجمعية التعريف السادس وكان يرأس اللجنة أنذاك هيربرت جروسمان Herbert Grossman وذلك عام ١٩٧٣، والذي ينص على أنه "تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٨"، وبرغم التشابه بين هذا التعريف وذلك الذي سبق وقدمه هيبر إلا أنه كانت هناك بعض التغييرات الرئيسية منها:

١- حدد تعريف جروسمان مرحلة النمو بسن ١٨ سنة وليس ١٦ سنة.
٢- الإعاقة تبدأ من انحرافين تحت المتوسط وليس انحراف واحد.
٣- وبالتالي تكون نسبة الإعاقة في المجتمع ٢,٥% بدلا من ١٥%

ثم قدمت اللجنة المراجعة السابعة للتعريف عام ١٩٧٧ وكان الاختلاف في التعريفين (تعريف ١٩٧٣، وتعريف ١٩٧٧) يكاد يكون معدوم إلا أن التعريف السابع لجروسمان قد حاول مراعاة القانون (٩٤-١٤٢) لعام ١٩٧٥ الذي يرى ضرورة التعليم لكل المواطنين. ثم نشرت اللجنة التعريف الثامن وهو نفس التعريف السابع لجروسمان لكن تمت إعادة صياغته ونشره عام ١٩٨٣، ثم قدمت الجمعية الإضافة التاسعة للدليل الذي نشرته عام ١٩٩٢ وفيه بعض التغيرات الكبيرة، وتشتمل على التحول بصورة أكبر نحو التعريف الوظيفي للإعاقة الفكرية، ثم يأتي التعريف الأخير الذي قدمه لوكاسون وآخرون (Luckasson et al, 1992) كما طرحته ماري سميث (Smith. 1994) وهو تعريف يحمل كثيرا من الإيجابية نحو الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية، فحدد أولا القدرات المعرفية والسلوك التكيفي في ١٠ مجالات، وراعى البيئة التي تحدث فيها هذه الإعاقة، كما أنه اختلف عن باقي التعريفات عندما تعرض للتصنيف، فقد كان جروسمان حدد اربع فئات للتخلف، هي البسيط، والمتوسط، والشديد، والبالغ الشدة وهو بذلك استبعد الفئة الخامسة التي كانت قد قدمت في تعريف هيبر وهي البيني Borderline.

و يعتبر تعريف جروسمان (١٩٧٣) من اكثر التعريفات قبولا في أوساط التربية الخاصة وقد تبنت الجمعية الامريكية هذا التعريف منذ عام ١٩٧٣ وحتى

١٩٩٢ كما تبناه القانون العام رقم ١٤٢/٩٤ والمعروف باسم قانون التربية لكل الأطفال المعاقين وحسب ذلك التعريف فقد اعتبرت معايير نسبة الذكاء والسلوك التكيفي أبعاداً رئيسية في تعريف الإعاقة الفكرية، وظهر تعديل جديد لتعريف الجمعية الأمريكية للتخلف الفكرية (والذي تغير اسمها رسمياً مرة أخرى في يناير ٢٠٠٧ إلى الجمعية الأمريكية للإعاقات النمائية والفكرية The AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities وذلك في عام ١٩٩٢ وينص هذا التعديل إلى عدد من التغييرات في التعريف التقليدي السابق للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والتي أشار إليها كل من هنت ومارشين ولاكسون والجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤).

ولم يختلف تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام ١٩٩٢ عن المعايير التشخيصية التي قدمها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع DSM IV والذي فيه:

A– وظيفة عقلية أدنى من المعدل الطبيعي بشكل صريح: حاصل الذكاء IQ يقارب الـ ٧٠ أو أدنى باختبار حاصل الذكاء الفردي (بالنسبة للأطفال، وظيفة عقلية أدنى من المعدل بشكل صريح وذلك بالتقييم السريري).

B– عجز أو اختلال متزامن في الوظيفة التكيفية الراهنة (أي فعالية الشخص في تلبية معايير متوقعة بالنسبة لعمره أو مجموعته الثقافية) في اثنين من الحقول التالية على الأقل: التواصل، الرعاية الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية/ والشخصية، استخدام موارد المجتمع، التوجه الذاتي، المهارات الدراسية الوظيفية، العمل، وقت الفراغ، الصحة، الأمن.

C– البداية قبل عمر ١٨ سنة.

درجة الشدة ويعكس مستوى الاختلال الفكرية:

التخلف العقلي البسيط مستوى IQ من ٥٠ –٥٥ وحتى ٧٠ تقريباً.

التخلف العقلي المتوسط الشدة مستوى IQ من ٣٥ –٤٠ وحتى ٥٠ –٥٥.

التخلف العقلي الشديد مستوى IQ من ٢٠–٢٥ وحتى ٣٥–٤٠.

التخلف العقلي العميق مستوى IQ دون ٢٠ أو ٢٥.

التخلف العقلي، غير المحدد في شدته: عندما يكون ثمة افتراض قوي بوجود الإعاقة الفكرية مع عدم القدرة على اختبار ذكاء الشخص بالاختبارات المعيارية (كما هو الحال مثلاً بالنسبة للأشخاص الذين لديهم اختلال شديد أو بالنسبة لغير المتعاونين أو بالنسبة للرضع).

الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري)
Intellectual Developmental Disorder
(Intellectual Disability)
في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس
DSM 5

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria:

الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) هو اضطراب يحدث في بداية فترة النمو ويتضمن قصورا في وظائف التفكير والتكيف فيما يخص النواحي الإدراكية والاجتماعية والعملية، وحتى يشخص الإنسان على أنه مصاب بهذا الاضطراب فلا بد من توافر المعايير التالية:

A- القصور في الوظائف العقلية، مثل التفكير بمنطقية، القدرة على حل المشكلات، التخطيط، التفكير المجرد، إطلاق الأحكام، التعلم الأكاديمي، والاستفادة من الخبرات السابقة، وقد تم التأكيد على هذه الأعراض من خلال التشخيص الطبي واختبارات الذكاء القياسية الفردية.

B- القصور في الأداء التكيفي مما ينتج عنه فشل في الإيفاء بمعايير التطور والثقافة الاجتماعية اللازمة لتكوين الشخصية المستقلة المسؤولة اجتماعيا، وبدون الدعم المستمر، فقد يؤدي القصور في التكيف إلى الحد من القدرات الوظيفية في مظهر أو أكثر من مظاهر الحياة اليومية، مثل التواصل، المشاركة الاجتماعية والحياة المستقلة عبر بيئات متعددة ومتنوعة مثل البيت، المدرسة، العمل، والمجتمع.

C- يكون القصور في الوظائف العقلية والتكيفية خلال فترة النمو.

ملاحظة: إن المصطلح التشخيصي المعروف بالإعاقة الفكري هو المصطلح المعادل لتشخيص اضطراب التطور الفكري رقم ICD-11، وبالرغم من اعتماد مصطلح الإعاقة الفكرية في هذا الكتيب، فإن كلا المصطلحين قد تم استخدامهما في العنوان لتوضيح العلاقة مع أنظمة التصنيف الأخرى، وعلاوة على ذلك، فإن التشريع الفيدرالي في الولايات المتحدة الأمريكية (Public Law 111-256, Rosa's Law) يستبدل مصطلح التخلف العقلي بالإعاقة الفكرية، ودوريات الأبحاث أيضا تستخدم مصطلح الإعاقة الفكرية، وهكذا، فقد أصبح مصطلح الإعاقة الفكرية شائع الاستخدام في المجالات الطبية والتعليمية وغيرها، ويستخدم أيضا من قبل المجموعات العمومية والحقوقية.

ملاحظة قانونية: إن القانون ICD-9-CM الخاص بالإعاقة الفكرية (اضطراب التطور الفكري) هو ذاته القانون رقم ٣١٩ الذي تم إلحاقه بغض النظر عن العامل الفرعي المتعلق بشدة الأعراض. أما القانون رقم IVD 10 CM فيعتمد على عامل شدة الأعراض (كما هو مبين أدناه).

حدد مقدار شدة الأعراض (أنظر إلى جدول رقم ١)

بسيط Mild

متوسط Moderate

شديد Severe

بالغ الشدة Profound

المحددات Specifiers :

يتم تعريف المستويات المختلفة من شدة الأعراض بناء على الأداء التكيفي Adaptive Functioning وليس معامل الذكاء (IQ)، لأن قدرات التكيف هي التي تقرر مستوى الدعم المطلوب. وعلاوة على ذلك فإن قياسات معامل الذكاء (IQ) هي الأقل صلاحية حيث تقع في نهاية الجزء السفلي من نطاق معامل الذكاء (IQ).

جدول (١)

مستويات شدة الأعراض للإعاقة الفكرية (اضطراب التطور الفكري)

مستوى شدة الأعراض	مجال المفاهيم conceptual domain	المجال الاجتماعي social domain	المجال العملي practical domain
بسيط	قد لا يبدو الفرق واضحا في هذا المجال بالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، ولكن الأمر أكثر وضوحا بالنسبة لأطفال المدارس والبالغين، فيبدو على أطفال المدارس صعوبات التعلم فيما يتعلق بالكتابة والقراءة	ومقارنة بمن هم في نفس العمر فإن الفرد يكون متأخرا في مجال التواصل الاجتماعي مثل ألا يدرك معاني التلميحات أو الإشارات الاجتماعية التي يقوم بها أقرانه. أما بالنسبة للحوار والتواصل واللغة فتتصف بأنها أكثر	قد يتمكن الفرد من الاعتماد على نفسه في مجال الرعاية الذاتية بما يتناسب ومقتضيات عمره، يحتاج الأفراد إلى بعض المساعدة في أداء المهمات المعقدة للحياة اليومية مقارنة بأقرانهم، فالأطفال يمكن أن يظهروا تصرفات

مستوى شدة الأعراض	مجال المفاهيم conceptual domain	المجال الاجتماعي social domain	المجال العملي practical domain
	والرياضيات وإدارة الوقت والمال، وفي هذه المرحلة لا بد من توفير الدعم الكافي لهم ليتمكنوا من الإيفاء بالمتطلبات التي تقتضيها أعمارهم. أما البالغين فيواجهون صعوبات في التفكير المجرد، المهام التنفيذية (مثل التخطيط الاستراتيجي: تحديد الأولويات والمرونة المعرفية) والذاكرة قصيرة المدى، كما يواجهون أيضا مصاعب في أداء المهارات الأكاديمية (مثل القراءة وإدارة المال) وتكون طرق حل المشاكل والتعامل معها جامدة إلى حدا ما مقارنة بأداء نظرائه العاديين من نفس المستوى العمري.	جمودا وأقل نضوجا مما تقتضيه المرحلة العمرية. وقد يكون هناك صعوبات في إظهار التعبيرات العاطفية والسلوكية الملائمة للمرحلة العمرية. كما أن هناك اضطراب في إدراك معنى الخطر الذي يكتنف التواصل الاجتماعي (السذاجة) مما يجعل الفرد عرضة للتلاعب به من قبل الآخرين.	مناسبة للعمر إذا تلقى الدعم والرعاية الكافيين اللذين لا يحتاجهم أقرانهم من نفس العمر. أما في سن الرشد فيتوجب أن يكون الدعم من خلال المساعدة في التسوق وإدارة المال والتنقلات البنكية ورعاية الأطفال. كما يجب توفير قرارات لهم بحيث لا تتطلب منهم قدرات إدراكية، ويجب مساعدتهم في اتخاذ القرارات القانونية وقرارات الرعاية الصحية واكتساب المهارات الوظيفية. ويحتاج الأفراد البالغون بطبيعة الحال إلى مساعدة في الارتباط وفي تكوين عائلة.
متوسط	خلال كافة مراحل التطور تبدو القدرات التصورية متأخرة بشكل ملحوظ عن أقرانهم، في مرحلة ما قبل الدراسة تتطور المهارات اللغوية	يظهر الفرد في مراحل التطور اختلافات ملحوظة مقارنة بأقرانه في السلوكيات الاجتماعية والتواصلية، وتكون اللغة المنطوقة	يستطيع الفرد أن يعتني بنفسه من حيث التغذية واللباس والإخراج والنظافة الشخصية بالرغم من الحاجة إلى فترة إضافية من التعليم

مستوى شدة الأعراض	مجال المفاهيم conceptual domain	المجال الاجتماعي social domain	المجال العملي practical domain
	والأكاديمية ببطء، أما بالنسبة لأطفال المدارس فإن التقدم في مهارات الكتابة والقراءة والرياضيات وإدارة الوقت والمال تتطور ببطء، وتكون متأخرة بشكل ملحوظ عن أقرانهم. وبالنسبة للراشدين فيقتصر تطورهم الأكاديمي على مراحله الأساسية فحسب، ولا بد من دعمهم لاستيفاء المهارات الأكاديمية المطلوبة في العمل وفي حياتهم الشخصية أيضا، وهناك حاجة مستمرة لمساعدتهم بشكل يومي لاستيفاء المتطلبات المفاهيمية في مظاهر الحياة اليومية، وقد يقوم البعض بأداء هذه المهام كافة بالنيابة عنهم.	هي الأداة الأساسية للتواصل ولكنها تبدو أقل رصانة مما هي لدى أقرانه. القابلية لإقامة العلاقات واضحة في روابط هؤلاء الأفراد مع عائلاتهم وأصدقائهم، وقد يتمكنون من إنشاء صداقات تمتد طوال العمر وأحيانا قد ينجحون في إقامة علاقات رومانسية في سن الرشد. وقد يفشل الأفراد في فهم التلميحات أو الإشارات الاجتماعية، وتكون قدراتهم محدودة في إطلاق الأحكام الاجتماعية الصائبة وفي القدرة على اتخاذ القرارات. تتأثر صداقات هؤلاء الأفراد مع أقرانهم الأصحاء بقصورهم الاجتماعي والتواصلي، لذلك لا بد من مساعدتهم اجتماعيا وتواصليا	ليصبح الفرد مستقلا تماما مع بقاء الحاجة للتذكير من حين لآخر. وبطريقة مماثلة فإن مشاركة الفرد في كافة المهام المنزلية هو أمر يمكن تحقيقه بفترة إضافية من التعلم مع المحافظة على تقديم المساعدة المستمرة للفرد في سن الرشد. يمكن الحصول على وظائف لهؤلاء الأفراد بشرط ألا تتطلب هذه الوظائف قدرات تصورية وتواصلية معقدة، وبشرط أن يتلقوا المساعدة من زملائهم ومشرفيهم على استيفاء المتطلبات الاجتماعية ومجابهة تعقيدات العمل، والقيام بالمسؤوليات المترافقة مع العمل مثل التنقل وإدارة الوقت والمال والرعاية الصحية، وهذا يتطلب المزيد من فرص التعلم عبر مدة زمنية طويلة. تظهر قلة من الأفراد

مستوى شدة الأعراض	مجال المفاهيم conceptual domain	المجال الاجتماعي social domain	المجال العملي practical domain
		لإنجاح علاقاتهم مع من حولهم.	نقصا في مظاهر التكيف مما يؤدي إلى مشاكل اجتماعية
شديد	يعاني الفرد من مهارات تصورية محدودة، مع قلة فهم اللغة المكتوبة والمفاهيم المتعلقة بالأوقات والكميات والوقت والمال. من يعتني بهؤلاء الأفراد يقوم عادة بتقديم رعاية مكثفة لمساعدتهم على حل المشكلات خلال فترات حياتهم.	يعاني الفرد من قدرات لغوية محدودة فيما يتعلق بالمصطلحات والقواعد وقد يتحدثون بكلمة أو جملة واحدة يمكن أن يستكملها الفرد من خلال الوسائل المعززة. ويتركز التحاور والتواصل في كل أحداث الحياة اليومية على هنا والآن فقط، يستخدم الأفراد الكلام لأغراض التواصل أكثر منه لأغراض الشرح والتحليل. يستطيع الأفراد أن يفهموا الكلام البسيط والتواصل الإيمائي، أما علاقات الأفراد مع عائلاتهم والمقربين منهم فتكون مصدرا لإسعادهم ومساعدتهم.	يحتاج الأفراد إلى المساعدة في كل أوجه الحياة اليومية من تغذية ولباس واستحمام وإخراج، ويجب أن يكونوا تحت الإشراف طوال الوقت، ولا يمكن للأفراد أن يتخذوا قرارات مسؤولة فيما يخص راحتهم أو راحة غيرهم. وفي سن الرشد يحتاج الأفراد إلى المساعدة المستمرة للمشاركة في المهام المنزلية والترفيهية والعملية، وحتى يتمكن الأفراد من اكتساب المهارات على مختلف الأصعدة فإنهم يحتاجون إلى مساعدة مستمرة وعملية تعليم طويلة الأمد، وقد يظهر فئة من الأفراد تصرفات إيذاء النفس وقلة التكيف مع البيئة المحيطة.
بالغ الشدة	تتعلق مهارات الأفراد التصورية بالعالم المادي	يعاني الأفراد من فهم محدود جدا لمظاهر	يعتمد الأفراد على الآخرين في كل مظاهر

المجال العملي practical domain	المجال الاجتماعي social domain	مجال المفاهيم conceptual domain	مستوى شدة الأعراض
حياتهم اليومية من رعاية بدنية وصحية وسلامتهم الشخصية، بالرغم من أن بعضهم قد يبادر بالمشاركة في العناية بنفسه. ويستطيع الأفراد الذين لا يعانون من إعاقات بدنية شديدة أن يساعدوا في بعض الأعمال المنزلية مثل أخذ الأطباق إلى المائدة، وقد يتمكن الأفراد من التعامل مع الأشياء على أساس المشاركة الوظيفية إذا تسنى لهم الحصول على مستوى عال من المساعدة المستمرة، وقد يستمتع الأفراد مع المساعدة المناسبة ببعض النشاطات الترفيهية مثل الاستماع إلى الموسيقى ومشاهدة الأفلام والتنزه والألعاب المائية. الإعاقات الجسدية والحسية هي ما يمنع الأفراد غالباً من المشاركة في المهام المنزلية والترفيهية	التواصل الرمزي في الكلام والإيماءات، وربما يفهمون بعض التعليمات والإيماءات البسيطة، ويعبر الأفراد عن عواطفهم ومشاعرهم بدرجة كبيرة عن طريق التواصل بطريقة غير لفظية وغير رمزية. ويستمتع الأفراد بعلاقاتهم مع أفراد العائلة والمقربين وممن يقوم برعايتهم ويبادرون ويستجيبون للتفاعل الاجتماعي من خلال الإيماءات والإيماءات العاطفية، وتمنعهم إعاقاتهم الجسدية والحسية من ممارسة العديد من الأنشطة الاجتماعية.	أكثر من المفاهيم الرمزية، ويستخدم الأفراد الأشياء بأسلوب تحقيق-الهدف للقيام بالعناية الشخصية والعمل والترفيه. ويمكن للأفراد اكتساب بعض المهارات البصرية مثل المجانسة والتصنيف بناء على مشاهدات مادية، ومع ذلك، فقد تمنعهم الإعاقات الجسمية والحسية من التعامل الوظيفي الأمثل مع الأشياء.	

مستوى شدة الأعراض	مجال المفاهيم conceptual domain	المجال الاجتماعي social domain	المجال العملي practical domain
			والوظيفة إلى ما هو أبعد من (مجرد المشاهدة). يظهر قلة من الأفراد أعراض العجز عن التكيف.

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features :

إن الخصائص الأساسية للإعاقة الفكرية/ الذهنية (اضطراب التطور الفكري) هي قصور في القدرات العقلية العامة (المعيار A)، وإعاقة في الأداء التكيفي اليومي، بالمقارنة مع الأقران المتماثلين من النواحي الثقافية، الاجتماعية، الجنس، العمر (المعيار B)، وتكون بداية الظهور في مرحلة النمو (المعيار C).

إن تشخيص الإعاقة الذهنية يستند إلى كل من الفحص السريري والاختبارات القياسية لوظائف التفكير والتكيف.

المعيار A يعبر عن الوظائف الذهنية التي تقتضي التفكير بمنطقية، القدرة على حل المشكلات، التخطيط، التفكير المجرد، إطلاق الأحكام، الاستفادة من الخبرات السابقة والوعي العملي. أما المكونات الرئيسية فهي الوعي اللفظي، الذاكرة الفعالة، الوعي المنطقي، الوعي الكمي، التفكير المجرد والقدرات المعرفية، وتقاس الوظائف الفكرية باختبارات ذكاء فردية، مقننة على البيئة بحيث تكون مناسبة وملائمة للبيئة التي يعيش فيها الفرد ومعيارية وتتصف بالثبات والصدق، وهذه الاختبارات ذات مواصفات شمولية وملائمة ثقافيا. والأفراد المصابين بالإعاقة الذهنية لديهم انحرافين معياريين تحت المتوسط، متضمنا الخطأ المعياري للقياس والذي غالبا ما يكون (±٥ درجات). وإذا طبقنا هذا على اختبار معامل انحرافه المعياري يعادل ١٥ ومتوسطه الحسابي ١٠٠، فإن هذا يقتضي أن تكون الدرجات تتراوح ما بين ٦٥-٧٥ (٧٠±٥). ويجب أن يتم التدريب الإكلينيكي على تفسير نتائج الاختبار وتقييم الأداء الفكري.

وتؤثر بعض العوامل على نتائج الاختبارات مثل عوامل الممارسة وعامل "فلين" (معدلات مرتفعة بشكل غير طبيعي بسبب الاختبارات المعيارية ذات

المعايير المنتهية الصلاحية (الاختبارات القديمة). وقد تتولد النتائج الغير صحيحة من اختبارات الذكاء المختصرة أو إجراء الاختبارات الجماعية. وقد تؤدي نتائج الاختبارات الجزئية الناقصة إلى جعل معدل الذكاء العام غير صحيح. وعليه فلا بد من تصميم أدوات اختبار الذكاء معيارية واستخراج المعايير بناء على خلفية الفرد الثقافية والاجتماعية ولغته الأم. فالاضطرابات المرافقة والتي تؤثر على التواصل واللغة و/أو الوظائف الجسدية والحسية، قد تؤثر بالتالي على نتائج الاختبارات. لذلك فإن الملفات (البروفيلات) المعرفية للأفراد المبنية على الاختبارات العصبية والنفسية تكون ذات فائدة أكبر في فهم القدرات الفكرية من مجرد اختبار واحد لمعدل الذكاء، لأنها تظهر مواطن القوة والضعف، وتقييم أهمية التخطيط الأكاديمي والوظيفي.

إن نتائج اختبارات الذكاء هي قيم تقريبية للأداء المفاهيمي conceptual functioning ولكنها قد تكون غير كافية لتقييم التفكير المنطقي في مواقف الحياة الواقعية وإتقان المهارات العملية. على سبيل المثال؛ قد يعاني شخص بمعدل ذكاء فوق ٧٠ من مشاكل شديدة في سلوك التكيف من حيث إطلاق الأحكام، والوعي الاجتماعي، والمجالات الأخرى من الأداء التكيفي adaptive functioning التي تقارن فيها الفعالية الحقيقية لشخص ما بمن هو أقل منه في نتائج معاملات الذكاء، لذلك، فالحكم الإكلينيكي ضروري لتفسير نتائج اختبارات الذكاء.

القصور في الأداء التكيفي (معيار B) يعبر عن قدرة الفرد على استيفاء معايير الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية بالنسبة للمعايير المجتمعية لمن هم في مثل عمره ومستواه الثقافي والاجتماعي. يقتضي الأداء التكيفي إظهار القدرة على التعاطي المنطقي في ثلاث مجالات: المفاهيمي، الاجتماعي، والعملي. مجال المفاهيم (الأكاديمي) conceptual (academic) domain يتطلب الكفاءة في الذاكرة، اللغة، القراءة، الكتابة، الاستدلال الرياضي (الرياضيات)، اكتساب المعرفة العملية، القدرة على حل المشكلات، والحكم في المواقف الجديدة، وغيرها. أما المجال الاجتماعي social domain فيتطلب وعيا بأفكار الآخرين ومشاعرهم وخبراتهم؛ إظهار التعاطف، مهارات التفاعل الاجتماعي، تكوين الصداقات، إطلاق الأحكام وغيرها. ويتطلب المجال العملي practical domain القدرة على التعلم وإدارة الذات في مناحي الحياة، ويتضمن هذا مظاهر العناية الشخصية، مسؤوليات العمل، إدارة المال، النشاطات الترفيهية، إدارة السلوك الذاتي وتنظيم مهام العمل

والدراسة وغيرها. ويتأثر الأداء التكيفي بالقدرة الفكرية (العقلية)، التعليم، الدافعية، التنشئة الاجتماعية، السمات الشخصية، الفرص المهنية والخبرة الثقافية، والظروف الطبية العامة أو الاضطرابات النفسية.

يتم تقييم الأداء التكيفي بكل من التقييم الإكلينيكي والفردي، والملائمة الثقافية والمقاييس المعيارية ذات ثبات وصدق. ويتم تطبيق المقاييس المعيارية مع مصدر معلومات يعرف كل شيء عن حالة الفرد (مثل الوالدين أو أحد أفراد العائلة، المعلم، المستشار، المسؤول عن رعاية الفرد) ومع الشخص نفسه إذا أمكن. وهناك مصادر إضافية للمعلومات مثل التقييمات التعليمية، النمائية، الطبية والعقلية. ويجب استخدام الحكم الإكلينيكي في تفسير نتائج درجات المقاييس المعيارية وكذلك في تفسير نتائج المقابلة مع مصادر المعلومات. وعندما يكون تطبيق المقاييس والاختبارات المعيارية صعب أو مستحيل نظراً لظروف متعددة (على سبيل المثال: الإعاقات الحسية والمشاكل السلوكية الشديدة)، فقد يتم تشخيص الفرد بإعاقة فكرية غير محددة.

وقد يصعب قياس الأداء التكيفي في بيئة مراقبة باستمرار أو بيئة مقيدة (مثل السجون ومراكز الاحتجاز)، فيجب إن أمكن في هذه الحالة الحصول على معلومات موثقة عن سلوك الفرد خارج هذه الأماكن المراقبة أو البيئة المقيدة.

ويتم استيفاء متطلبات المعيار B عندما يتعرض واحد على الأقل من مجالات التكيف: مجال المفاهيم أو المجال الاجتماعي أو المجال العملي لقصور أو ضعف يجعل الشخص بحاجة إلى مساعدة أو دعم مستمر ليتمكن من القيام بشكل كافي أو ملائم في واحد أو أكثر من مظاهر الحياة في المدرسة والعمل والبيت أو في المجتمع.

ولاستيفاء المعايير التشخيصية للإعاقة الفكرية، فإن القصور في الأداء التكيفي لا بد وأن يكون على صلة مباشرة بالإعاقة الفكرية الموصوفة ضمن معيار A. ويدل معيار C (الظهور خلال فترة النمو) على أن القصور في التكيف والقدرات الفكرية يظهران في مرحلة الطفولة أو المراهقة.

الخصائص المصاحبة التي تدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis:

الإعاقة الفكرية هي حالة متغايرة ذات أسباب متعددة، وربما تترافق مع أعراض مصاحبة مثل الصعوبات في إطلاق الأحكام الاجتماعية، تقدير المخاطر،

والإدارة الذاتية للسلوك، العواطف، الدافعية والعلاقات الشخصية في بيئة المدرسة أو بيئة العمل. فقد يؤدي عدم وجود مهارات التواصل إلى السلوكيات التخريبية والعدوانية. والسذاجة غالبا هي صفة تعبر عن السذاجة في المواقف الاجتماعية مع سهولة الانقياد للآخرين، وربما ينتج عن السذاجة وقلة الوعي بالمخاطر تعرض الشخص إلى الاستغلال من قبل الآخرين، التعرض للإيذاء، الاحتيال، التورط في نشاطات إجرامية بدون قصد، الاعترافات الكاذبة، والتعرض لخطر الاستغلال الجسدي أو الجنسي. هذه الصفات المصاحبة قد يكون لها أهمية في القضايا الإجرامية، بما فيها تلك التي تشبه قضية تورط القاتلة سوزان أتكنز التي تم إعدامها.

الأفراد ذو الإعاقة الفكرية مع اضطراب عقلي مصاحب معرضون لخطر الانتحار. فهم يفكرون بالانتحار، ويحاولون الانتحار، وربما يموتون من جراء إحدى محاولات الانتحار وبالتالي، فإن الكشف عن أفكار الانتحارية أمر أساسي وضروري في عملية التقييم، لأن قلة الوعي بالمخاطر قد تؤدي إلى ارتفاع معدلات الإصابة.

معدل الانتشار Prevalence :

تنتشر الإعاقة الفكرية بين عموم السكان بنسبة ١% وتتغير معدلات الانتشار حسب العمر، أما الإعاقة الفكرية الشديدة فتنتشر بنسبة ٦ لكل ١٠٠٠.

التطور والدورة الزمنية Development and Course:

تظهر الإعاقة الفكرية خلال مرحلة النمو. العمر والخصائص في البداية تعتمد على سبب المرض وشدة الخلل الوظيفي في الدماغ. ويمكن تمييز عوارض التأخر الحركي، اللغة، ويمكن التعرف على التعلم أو المراحل الاجتماعية في العامين الأولين من حياة الأطفال الذين يعانون من إعاقة ذهنية شديدة، في حين قد لا يمكن التعرف عليها عند المستويات المعتدلة حتى بلوغ سن الدراسة حيث تتضح الصعوبات في التعلم الأكاديمي بشكل واضح. ويجب استيفاء كافة المعايير (بما فيها معيار C) عن طريق التاريخ أو العرض الحالي. وقد يستوفي تشخيص بعض الأطفال تحت ٥ سنوات المعايير التشخيصية للإعاقة الفكرية، ويكون تشخيصهم في نفس الوقت قصور يستوفي معايير التأخر النمائي الشامل Global Developmental Delay عندما تترافق الإعاقة الفكرية مع متلازمة وراثية

(جينية)، ربما تظهر أعراض وراثية (جينية) جسدية (مثل متلازمة داون) [١]، وهناك بعض المتلازمات لديها نمط سلوكي ظاهري؛ وهو يتعلق بسلوكيات محددة (مثل متلازمة ليش نيهان Lesch Nyhan syndrome) [٢] تُظهر خصائص اضطراب جيني محدد.



مثال عن التشويه الذاتي بمتلازمة ليش نيهان

وهناك أشكال مكتسبة، فقد تظهر الإعاقة فجأة بعد مرض مثل التهاب السحايا أو الالتهاب الدماغي، أو بعد إصابة بالرأس ويحدث ذلك خلال مرحلة النمو.

---

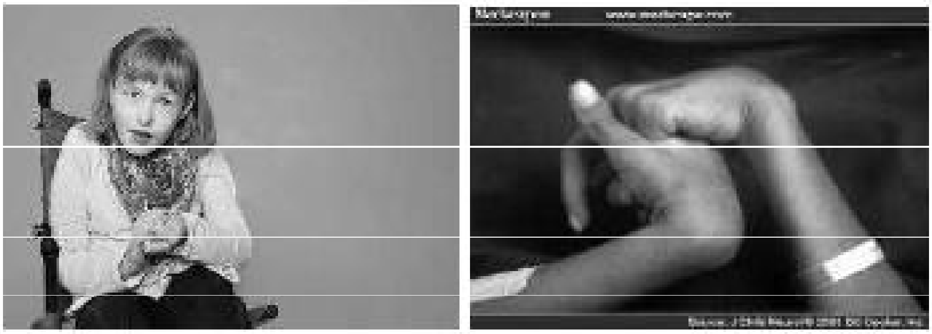
١ متلازمة داون Down Syndrome هو اضطراب خلقي ينتج عن وجود كروموسوم زائد في خلايا الجسم (نسخة ثالثة من الكروموسوم رقم ٢١). وتعتبر متلازمة داون واحدة من الظواهر الناتجة عن خلل في الكروموسومات وهو يسبب درجات متنوعة من الإعاقة الفكرية والاختلالات الجسدية. وتصيب متلازمة داون واحد من كل ٨٠٠ طفل، وهناك ثلاثة أنواع لمتلازمة داون وهي:

- التثلث الصبغي 21 Trisomy: وفيه يتكرر الكروموسوم ٢١ ثلاث مرات بدلا من مرتين في كل خلية مما يجعل عدد الكروموسومات ٤٧ بدلا من ٤٦ كروموسوما، وهذا هو النوع الغالب ويكون حوالي ٩٥% من حالات متلازمة داون.
- الانتقال Translocation: وفيه ينفصل الكروموسوم رقم ٢١ ويلتصق بالكروموسوم آخر. ويكون هذا النوع ٤% من حالات متلازمة داون.
- النوع الموزايك Mosaic (فسيفسائي من الخلايا): وفي هذا النوع الذي يشكل ١% من حالات متلازمة داون، توجد نوعان من الخلايا في جسم الشخص المصاب، بعضها تحوي العدد الطبيعي من الكروموسومات أي ٤٦، وبعضها الآخر يحتوي ٤٧ كروموسوما.

٢– متلازمة ليش – نيهان Lesch-Nyhan syndrome (الطفل الذي يأكل أطرافه): من الاختلالات الوراثية النادرة التي تنشأ عن خلل موروث في الاستقلاب نتيجة لنقص أحد الإنزيمات التي تعمل على مادة البورين Purine، هو يصيب الذكور ونادراً ما يصيب الإناث نظرا لأنه متعلق بالكروموسوم X، يتميز بأعراض خطيرة تزداد حدة مع تقدم السن أهمها تأخر عقلي شديد، شلل دماغي، نوبات صرع، تشنجات بسبب تشكل الحصيات وسلوك عدواني، ومحاولات الانتحار، والأهم أنه يقوم بعض أصابعه وشفته وأكتافه حتى لدرجة أن الأطباء يطلبون من أهله إزالة أسنانه وتقييده أيضا حتى لا يؤذي نفسه. ويتميز أيضاً بصغر حجم الرأس Microcephaly والتشوهات.

وعندما تنتج الإعاقة الفكرية من فقدان المهارات المعرفية التي تم اكتسابها سابقا، كما هو الحال في إصابات الدماغ الشديدة، قد يتعين تشخيص الإعاقة الفكرية والاضطراب عصبي نمائي على حد سواء. وبالرغم من أن الإعاقة الفكرية تتسم بعدم التطور عامة، إلا أنه والتي يتدهور فيها الأداء الفكري (العقلي) إلى الأسوأ بعد مرحلة الطفولة المبكرة يصبح الاضطراب مدى الحياة، على الرغم من أن مستويات الشدة قد تتغير بمرور الوقت. وقد يتأثر مسار الاضطراب بالظروف الطبية أو الوراثية (جينية) والظروف مصاحبة (على سبيل المثال الإعاقات السمعية أو البصرية ونوبات الصرع).

هناك اضطرابات وراثية (على سبيل المثال، متلازمة رت Rett Syndrome) [١]، قد تمر فترات تتفاقم فيها الأعراض يتبعها فترة من الاستقرار، وفي اضطرابات أخرى (مثل متلازمة سانفيليبو Sanfilippo) [٢].



متلازمة رت Rett Syndrome

١- متلازمة رت (Rett Syndrome): مرض وراثي نادر بسبب اضطرابات نمائية في النمو ويؤثر بشدة على نمو الأعصاب حيث يفقد المقدرة على الاحتفاظ بما اكتسب وتعلمه من حركات ومهارات كالمشي والنطق، وكثيراً ما يصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي بالإضافة إلى ما يصيبه من إعاقات حركية أو إعاقة تواصل ونوبات صرعية. ويبدو الأطفال الصغار المصابين بمتلازمة ريت في حالة نمو وتطور طبيعيين في بداية الأمر، ولكنهم يتوقفون عن النمو في مرحلة بين الشهر الثالث والست تقريبا، وهي بصفة تصيب الإناث غالبا ولكنها تصيب الذكور أيضا وتبدأ أعراضها في الظهور بعد الأشهر الستة أو الثمانية عشر الأولى من عمرها ويعتقد العديد من الباحثين أنه ذات أساس وراثي له علاقة بالكروموسوم.

٢- متلازمة سانفيليبو (Sanfilippo Syndrome): هو مرض وراثي ينتج عن عيب في التمثيل الغذائي ويعتبر من أمراض السكريات المخاطية المعقدة، ويحدث بسبب نقص إنزيم مختص بتحطيم الجسم لتفكيك سلسلة سكر كبريتات الهيبارين. توجد أربعة أنواع مختلفة من متلازمة سانفيليبو: سانفيليبو أ وسانفيليبو ب وسانفيليبو ج وسانفيليبو د. وقد ذكرت بعض حالات الإصابة بالشكل ب من هذا المرض لدى أفراد ظلوا أصحاء نسبيا في مرحلة البلوغ. وتتسم هذه المتلازمة بالأعراض العصبية وتشوهات خفيفة وضمور في العضلات، وإعاقة فكرية يصاحبها اضطرابات سلوكية، وقد سميت المتلازمة بهذا الاسم نسبة للدكتور "سلفستر سانفيليبو" أحد الأطباء المكتشفين للمرض في الولايات المتحدة عام ١٩٦٣.




متلازمة سانفيليبو Sanfilippo

التدخلات المبكرة والمستمرة قد تُحسن الأداء التكيفي في مرحلتي الطفولة والبلوغ، وفي بعض الحالات قد يتحسن الأداء الفكري (العقلي) بشكل ملحوظ بسبب هذه التدخلات، وفي مثل هذه الحالات فإن تشخيص الإعاقة الفكرية لم يعد مناسباً؛ لذلك فإنه من الشائع أو المتعارف عليه أن يتم تأخير التشخيص بالإعاقة الفكرية للرضع والأطفال الصغار إلى ما بعد الانتهاء من تقديم دورة تدخل ملائمة ومناسبة.

أما بالنسبة للأطفال الأكبر سنا والبالغين، فإن مدى الدعم الذي يقدم لهؤلاء الأطفال والبالغين قد يسمح لهم بالمشاركة الكاملة في جميع أنشطة الحياة اليومية وتحسين الأداء التكيفي. كما يجب تحديد التقييمات التشخيصية ما إذا كان التحسن في المهارات التكيفية قد نتج عن اكتساب مهارات جديدة مستقرة (وفي هذه الحالة يصبح تشخيص الإعاقة الفكرية قد لا يكون مناسبا) أو ما إذا كان التحسن يتوقف على وجود الدعم والتدخلات المستمرة (وفي هذه الحالة يظل تشخيص الإعاقة الفكرية مناسبا).

عوامل الخطر والتنبؤ Risk and Prognostic Factors :

وراثية وفسيولوجية Genetic and Physiological: وتشمل أسباب ما قبل الولادة المتلازمات الوراثية (الجينية) (على سبيل المثال: تغاير التسلسل أو عدد نسخ المتغيرات التي تنطوي على أكثر من جينات، اضطرابات الكروموسومات)، الأخطاء الوراثية في التمثيل الغذائي، التشوهات الدماغية، مرض الأمومة (بما في ذلك مرض المشيمة)، والتأثيرات البيئية (مثل الكحول والمخدرات والسموم ....). وتشمل أسباب ما حول الولادة مجموعة متنوعة من الأحداث المرتبطة بالولادة والتي تؤدي إلى اعتلال الدماغ لدى حديثي الولادة.

أما أسباب ما بعد الولادة فتتضمن إصابة نقص الأكسجين (إصابات الدماغ، العدوى (التلوث)، اضطرابات مزيل الميالين 'Demyelinating Disorders' [1]، اضطرابات الصرع (مثل تشنجات الطفولة) الحرمان الاجتماعي الشديد والمزمن، ومتلازمات الأيض السامة والتسمم (على سبيل المثال، الرصاص والزئبق).

قضايا التشخيص المتعلقة بالثقافة السائدة Culture-Related Diagnostic issues:

تحدث الإعاقة الفكرية في جميع الأجناس والأعراق والثقافات؛ وهناك حاجة إلى الحساسية الثقافية والمعرفة خلال التقييم، كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار خلفية الفرد العرقية والثقافية واللغوية، والخبرات المتاحة، وقدرته على التكيف ضمن مجتمعه، وأوضاع الثقافة السائدة.

قضايا التشخيص المتعلقة بالنوع Gender-Related Diagnostic issues :

بشكل عام، فإن الذكور هم أكثر عرضة من الإناث للإصابة بالإعاقة الفكرية البسيطة (نسبة الذكور إلى الإناث هي ١,٦ : ١)، والشديد (نسبة الذكور إلى الإناث هي ١,٢ : ١)، ومع ذلك، فإن النسب القائمة على النوع تختلف على نطاق واسع في الدراسات المنشورة، فالعوامل الوراثية (الجينية) المرتبطة بالنوع وتعرض الذكور لمشاكل الدماغ ربما يؤخذ بعين الاعتبار في الفروق القائمة على النوع.

العلامات التشخيصية Diagnostic Markers :

التقييم الشامل يتضمن تقييما للقدرات الفكرية والأداء التكيفي، وتحديد الأسباب الوراثية وغير الوراثية، وتقييم الظروف الطبية المرتبطة بها (على سبيل المثال، الشلل الدماغي، ونوبات الصرع)، وكذلك تقييم الاضطرابات النفسية أو العاطفية أو السلوكية التي قد تصاحبها. ويمكن أن يشمل التقييم الشامل أيضا التاريخ الطبي ما قبل الولادة والظروف المحيطة بالولادة، وشجرة العائلة (النسب) لثلاثة أجيال، والفحص الجسدي، والتقييم الوراثي (على سبيل المثال، تحليل الكروموسومات أو

١ اضطرابات مزيل الميالين Demyelinating Disorders: هي الاضطرابات التي تتلف الغلاف الميليني (العصيد النخاعي) للألياف العصبية في الدماغ والحبل الشوكي وتوقف أو تبطئ الإشارات العصبية المرتبطة بدورها بالأمراض العصبية، من الأمثلة على الأمراض المزيلة للميالين: داء التصلب المتعدد (اللويحي)، التهاب العصب البصري، التهاب النخاع والعصب الشوكي، التهاب النخاع المستعرض، والتهاب الدماغ والنخاع المنتشر الحاد، ويسبب فقدان الاتزان، اضطرابات الرؤية، الاستجابات الانعكاسية العصبية، الضعف العام، فقدان الإحساس، الشلل، فقدان النظر أو السمع

الحمض النووي، واختبار المتلازمات الوراثية المحددة)، وفحص التمثيل الغذائي Metabolic والتقييم التصوير الأعصاب.

التشخيص الفارق Differential Diagnosis :

يجب أن يتم تشخيص الإعاقة الفكرية متى توافرت معايير A, B & C، ولا يجب أن يفترض تشخيص الإعاقة الفكرية بسبب حالة وراثية أجيبية أو طبية معينة، فربط متلازمة وراثية أجيبية بالإعاقة الذهنية يجب أن يكون على أنه تشخيص متزامن مع الإعاقة الفكرية.

الاضطرابات العصبية المعرفية البسيطة والشديدة Major and mild neuro cognitive disorders: يتم تصنيف الإعاقة الفكرية على أنها اضطراب نمو عصبي تختلف عن الاضطرابات العصبية المعرفية، والتي تتميز بفقدان القدرات الوظائف المعرفية. الاضطراب العصبي المعرفي الشديد ربما يحدث مع الإعاقة الفكرية (على سبيل المثال، الفرد المصاب بمتلازمة داون الذي يصاب بمرض الزهايمر، أو الشخص المصاب بالإعاقة الفكرية الذي يفقد المزيد من القدرات المعرفية بعد إصابة الرأس). في مثل هذه الحالات، يمكن تشخيص الإعاقة الفكرية واضطراب عصبي معرفي معاً وعلى حد سواء.

اضطرابات التواصل واضطرابات التعلم المحدد Communication disorders and specific learning disorder: هذه الاضطرابات النمائية العصبية هي محددة في مجالات التواصل والتعلم، ولا يظهر في هذه الاضطرابات (التواصل والتعلم) قصوراً أو عجز في السلوك الفكري (التفكير) والمهارة الإدراكية الذين قد يتزامنون مع الإعاقة الفكرية. كلا التشخيصين يمكن إن استوفيت المعايير الكاملة للإعاقة الفكرية واضطراب التواصل أو اضطراب التعلم المحدد.

اضطراب طيف التوحد Autism spectrum disorder : الإعاقة الفكرية شائعة بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، وتقييم القدرات العقلية قد يكون صعباً ومعقداً بسبب ضعف التواصل الاجتماعي والسلوكي الملازم لاضطراب طيف التوحد، والذي قد يتداخل بدوره مع الفهم والامتثال لإجراءات الاختبار. إن التقييم الملائم والمناسب للقدرات الفكرية في اضطراب طيف التوحد هو أمر أساسي وضروري، مع إعادة التقييم عبر مرحلة النمو؛ لأن معدلات الذكاء

في اضطراب طيف التوحد قد تكون غير ثابتة أو مستقرة، ولا سيما في مرحلة الطفولة المبكرة.

الاضطرابات المصاحبة Co-morbidity :

وقد تصاحب الإعاقة الفكرية وبشكل متكرر بعض الحالات النفسية، والحالات العصبية النمائية، والأعراض الطبية، والمشاكل الجسدية (على سبيل المثال، الاضطرابات العقلية، الشلل الدماغي والصرع) ثلاث إلى أربع مرات أعلى مما كانت عليه في عامة السكان.

إن التنبؤ ونتائج التشخيصات المرافقة ربما تتأثر بسبب وجود الإعاقة الفكرية، وقد تتطلب إجراءات التقييم تعديلات بسبب الاضطرابات المصاحبة أو المرتبطة بها، بما في ذلك اضطرابات التواصل، اضطراب طيف التوحد، والاضطرابات الجسدية والحسية أو الاضطرابات الأخرى. مقدمي المعلومات المطلعين هم أساسيين في تحديد الأعراض مثل التهيج، التقلبات المزاجية، العدوان، مشاكل التغذية، مشاكل النوم، وكذلك تقييم القدرة على التكيف في ظروف مجتمعية متنوعة.

أن الاضطرابات المصاحبة أو المرافقة الاكثر شيوعا في الاضطرابات العقلية واضطرابات العصبية النمائية هي: اضطراب تشتت الانتباه/ فرط النشاط، اضطراب الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطبين، اضطرابات القلق، اضطراب طيف التوحد، اضطراب الحركات النمطية (مع أو بدون سلوكي إيذاء الذات)، اضطرابات السيطرة على الانفعالات، اضطراب عصبي معرفي كبير، وقد يحدث اضطراب اكتئابي خلال أي نوع من أنواع شدة الإعاقة الفكرية، إن سلوك إيذاء الذات يتطلب الاهتمام والتشخيص الفوري، وقد يضمن تشخيصا منفصلا عن اضطراب الحركة النمطية، ويمكن للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية، ولا سيما ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة أن يظهروا العدوان والسلوكيات التخريبية، بما في ذلك ضرر الآخرين أو تدمير الممتلكات.

العلاقة مع التصنيفات الأخرى Relationship to Other Classifications :

وهناك أربعة أنواع فرعية في التصنيف الدولي للأمراض الحادي عشر ICD-11: بسيطة، متوسطة، شديدة، وبالغة الشدة.

وتستخدم أيضاً الجمعية الأمريكية لإعاقات النمو والإعاقات الفكرية The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) مصطلح الإعاقة الفكرية بمعنى مماثل للمصطلح المستخدم في هذا الدليل.

إن تصنيف الجمعية الأمريكية لإعاقات النمو والإعاقات الفكرية (AAIDD) متعدد الأبعاد وليس قاطع أو حاسم من خلال بعد واحد فهو تصنيف مبني على بناء الإعاقة (disability construct) وبدلا من إدراج المحددات كما هو الحال في DSM-5، فإن الجمعية الأمريكية لإعاقات النمو والإعاقات الفكرية (AAIDD) تركز على المساعدة المرتبطة بدرجة الشدة.

تأخر نمائي شامل Global Developmental Delay :

هذا التشخيص محصور في حالة الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات عندما يكون مستوى الشدة الإكلينيكية لا يمكن تقييمه بشكل موثوق خلال مرحلة الطفولة المبكرة. يتم تشخيص هذه الفئة عندما يفشل الفرد في استيفاء معالم النمو المتوقعة في عدة مجالات من الأداء الفكري، وينطبق على الأفراد الذين لا يستطيعون الخضوع لعمليات تقييم منهجية للوظيفة أو الأداء الفكري، بما في ذلك الأطفال الذين هم أصغر من أن يشاركوا في اختبارات معيارية. تتطلب هذه الفئة إعادة تقييم بعد فترة من الزمن.

إعاقة فكرية غير محددة Unspecified Intellectual Disability :

(اضطراب النمو الفكري) (Intellectual Developmental Disorder):

هذه الفئة تخص الأفراد فوق سن ٥ سنوات والذين يستحيل أو يكون من الصعب تقييم درجة الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) عن طريق الوسائل أو الإجراءات المتوفرة محليا بسبب العجز أو الضعف الحسي، والجسدي كما هو الحال في العمى أو الصمم السابق للنطق، الإعاقة الحركية، أو وجود مشاكل سلوكية شديدة، أو التزامن مع اضطراب عقلي. هذه الفئة يجب ألا تستخدم إلا في ظروف استثنائية، وتتطلب إعادة تقييم بعد فترة من الزمن.

جدول (٢)
يوضح التشخيص الفارق للإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري)

الإعاقة الفكرية، التي تتميز بالضعف الشامل في الوظائف الفكرية (مثل التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير المجرد، والحكم، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة) والقصور في الوظائف التكيفية التي تؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير النمائية والاجتماعية والثقافية من أجل الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية، ويجب أن يفرق من...	وعلى النقيض من الإعاقة الفكرية...
اضطراب التعلم المحدد Specific Learning Disorder	يتميز بوجود ضعف يقتصر على منطقة معينة من التحصيل الأكاديمي (على سبيل المثال، القراءة، الإملاء، التعبير الكتابي، وأداء العمليات الحسابية، والمنطق الرياضي)، ولا يوجد أي قصور أو ضعف في السلوك الفكري والتكيفي.
اضطرابات التواصل (أي اضطراب اللغة، اضطراب الكلام الصوت، اضطراب ظهور الطلاقة الطفولي [التأتأة] [عملي] اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) Communication Disorders (i.e., Language Disorder, Speech Sound Disorder, Childhood-Onset Fluency Disorder [Stuttering], Social [Pragmatic] Communication Disorder).	يتميز بضعف يقتصر على الكلام أو مشاكل اللغة، ولا يوجد أي قصور أو ضعف في السلوك الفكري والتكيفي.

اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder	ويحدد بوجود الضعف المستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، جنبا إلى جنب مع أنماط متكررة ومحددة من السلوكيات، والاهتمامات، أو الأنشطة. رغم أنه قد يكون هناك بعض الانخفاض في المهارات الاجتماعية التواصلية في الإعاقة الفكرية على قدم المساواة مع الضعف في المهارات الفكرية الأخرى. وكثيرا ما تصاحب الإعاقة الفكرية مع اضطراب طيف التوحد، لذا ينبغي إعطاء كلا التشخيصين إذا تم استيفاء المعايير التشخيصية لكلا الاضطرابين على حد سواء.
اضطراب عصبي معرفي جسيم Major Neurocognitive Disorder	يتميز بتدهور معرفي كبير عن المستوى السابق من الأداء في واحد أو أكثر من المجالات المعرفية مثل الوظيفة التنفيذية، والتعلم، والذاكرة واللغة. كلا من الاضطراب العصبي المعرفي الكبير والإعاقة الفكرية يمكن تشخيصهما إذا كانت بداية الضعف أو القصور الفكري والتكيفي خلال فترة النمو.
الأداء الفكري الحدي/ البيني Borderline intellectual functioning	يتميز بدرجة أقل من القصور الفكري (عادة حوالي معامل ذكاء (IQ) يعادل ٧٠) أو لا توجد مشاكل في الأداء التكيفي إلا كان هناك قصور الفكري كبير (على سبيل المثال، معامل ذكاء (IQ) أقل من ٧٠).

٣

اضطرابات التواصل

Communication Disorders

اضطرابات التواصل

Communication Disorders

مقدمة :

تشمل اضطرابات التواصل قصوراً في اللغة والكلام والتواصل. فالكلام هو إنتاج تعبيري للأصوات، ويتضمن قدرة الفرد التعبيرية، طلاقته، صوته وجودة الصدى. أما اللغة فتتضمن الشكل، الوظيفة، واستخدام نظام الرموز التقليدي (أي الكلمات المنطوقة، لغة الإشارة، الكلمات المكتوبة، الصور) بطريقة مسيطرة مبنية على القواعد لأغراض التواصل، ويشمل التواصل أي سلوك لفظي أو غير لفظي (سواء بقصد أو بدون قصد) والذي يؤثر على سلوك وأفكار أو الاتجاهات من شخص آخر، تقييم قدرات الكلام واللغة والتواصل يجب أن يأخذ بعين الاعتبار السياق الثقافي واللغوي للفرد وخاصة بالنسبة للأفراد الذين ينتمون في مجتمعات أو بيئات ثنائية اللغة أو متعددة اللغة، ويجب أن تكون هناك إجراءات معيارية موحدة لقياس تطور اللغة والقدرة العقلية غير اللفظية وتكون هذه الإجراءات ذات الصلة بالمجموعة الثقافية واللغوية (أي اختبارات معيارية ومقننة صممت لمجموعة ما، ربما لا تكون مناسبة لمجموعة أخرى مختلفة).

فالتعبير جزء مهماً في عملية الاتصال مع الآخرين، ويأخذ هذا التعبير عدة أشكال متباينة، فقد يكون لفظياً تخاطبياً، وقد يكون جسدياً خالياً من اللفظ، وقد يحوي الاثنين معاً، وقد يكون عن طريق الصور أو الرسوم، أو النقوش الخالية من الألفاظ والتي تحمل – في الوقت نفسه – معاني خاصة بها (الطويرقي، ١٩٩٤).

واضطراب اللغة هو صعوبة في إنتاج أو استقبال الوحدات اللغوية بغض النظر عن البيئة التي قد تتراوح في مداها من الغياب الكلي للكلام إلى الوجود المتباين في إنتاج النحو واللغة المفيدة ولكن بمحتوى قليل ومفردات قليلة.

والتواصل Communication هو نوع من التفاعل المتبادل، حيث يكون سلوك فرد ما بمثابة مثير لسلوك فرد آخر، ففي مثل هذا التفاعل نجد الرموز تشير إلى محتويات الفكر وعادة ما يتعلم الأفراد ضعاف السمع أو ضعاف الكلام وفاقدوه الاتصال بهذا النظام وذلك بإشاراتهم إلى الرموز على لوح خاص (الأشول، ١٩٨٧).

فالتواصل بوضوح هو عملية نقل الرسائل من المرسل إلى المستقبل، والرسالة ممكن أن تكون شفوية أو غير شفوية أو غير ذلك وعند الإنسان غالباً ما تكون منطوقة. (Riper, 1984) وهو كذلك عملية ذات اتجاهين لا تتضمن التأثير والتأثر. ويزداد التفاعل مع قصر المسافة النفسية بين المتصلين، والمسافة النفسية هي مدى التقارب في المشاعر والعواطف والمفاهيم. (الوقفي، ١٩٨٩) كما أن التواصل هو طريقة أو أسلوب لتبادل المعلومات بين الأفراد. (عبد الرحيم، ١٩٨٢) وهو عملية حيوية فعالة تتطلب مرسل ومستقبل ورسالة بينهما (Bernstein & Tiegerman, 1985)، إن التواصل في معناه الشامل هو عملية نقل المعلومات ويشمل كل التفاعلات بين الأشخاص التي تتضمن نمطين أساسيين هما: التواصل اللفظي: وهو استخدام اللغة كنظام من التفاعل بين الأشخاص أو الجماعات، والتواصل غير اللفظي: وهو الرمزية التي تعتمد على تناقل الرسائل غير اللفظية وغالبا ما تكمل الجانب اللفظي من الرسالة ولا تحل مكانه، ويقسم العلماء أساليب التواصل غير اللفظي إلى: متغيرات الصوت، وحركات الجسم، والتقارب المكاني أي المسافة بين الأشخاص. (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠) ويعرف اضطراب التواصل Communication Disorder بأنه اضطراب في التعبير أو اللفظ أو قواعد اللغة أو الصوت وكلها تؤثر سلباً في واجبات الطفل الأكاديمية وقدرته على التعلم.

وهو أيضاً حدوث أي اضطراب في قدرة الفرد على الفهم والتعبير عن أفكاره، أو خبراته، أو معرفته أو مشاعره، والمقصود هنا وجود أي ضعف ظاهر في مهارات النطق واللغة، الذي يمكن أن يكون خلقيا أو مكتسبا. وهذه المهارات تشمل مهارات النطق والطلاقة والصوت واللغة الاستقبالية (الفهم) أو التعبيرية.

كما تعرفه الجمعية الأمريكية للنطق والسمع (ASHA) بأنه اضطراب في القدرة على إرسال مفاهيم شفهية وغير شفهية واستلامها واستيعابها، وقد يكون في عملية الإدراك السمعي أو اللغة أو النطق ويشمل عدة درجات تتراوح بين الشديد والخفيف ويكون مكتسباً أو تطورياً. (معوض: ٢٠٠٤) وفي تعريف آخر للرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع تعرف اضطراب التواصل بأنه صعوبات في النطق أو اللغة أو الصوت أو الطلاقة أو السمع. وفي دراسة أعدتها (الرابطة الأمريكية للكلام والسمع) (ASHA) في عام ١٩٥٢ لتقدير مدى انتشار اضطرابات التواصل في المجتمع الأمريكي اتضح أن ٥٪ من السكان بين عمر ٥ و ٢١ سنة لديهم اضطراب في الكلام، وأن ٦٪ من مجموع الأطفال المقيدين في المدارس العامة لديهم صعوبات في التواصل (الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠).

يمكن تصنيف اضطراب التواصل ضمن ثلاث مجموعات هي اضطرابات السمع، اضطرابات الكلام) ويعرف اضطراب الكلام بأن الكلام يكون غير سوي عندما ينحرف كثيراً عن كلام الآخرين بدرجة تلفت الانتباه ويعوق الاتصال أو يسبب حالة من الضيق للمتحدث أو المستمع)، اضطرابات اللغة (يقصد باضطراب اللغة أي صعوبة في إنتاج أو استقبال الوحدات اللغوية بغض النظر عن البيئة التي قد تتراوح في مداها من الغياب الكلي للكلام إلى الوجود المتباين في إنتاج النحو واللغة المفيدة، ولكن بمحتوى قليل ومفردات قليلة وتكوين لفظي محدد وحذف الأدوات، وأحرف الجر وإشارات الجمع والظروف).

ويتم تشخيص اضطرابات التواصل طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية كما يلي :

الاضطراب اللغوي التعبيري Expressive Language Disorder:

A- تكون العلامات (أو النقاط) المحرزة من القياسات المعيارية الفردية في نماء اللغة التعبيري وبصورة صريحة دون تلك المحرزة من القياسات المعيارية لكل من القدرة العقلية غير اللفظية ونماء اللغة الاستقبالي. قد يتجلى الاضطراب سريرياً بأعراض تتضمن محدودية واضحة للحصيلة اللغوية (القاموس) أو أخطاء في أزمنة الفعل أو صعوبة تذكر كلمات أو إنشاء جمل ذات طول وتعقيد مناسبين تطورياً.

B- تؤثر الصعوبات في اللغة التعبيرية على التحصيل الأكاديمي أو المهني أو على التواصل الاجتماعي.

C- لا تتحقق معايير الاضطراب اللغوي الاستقبالي – التعبيري أو معايير اضطراب نمائي شامل.

D- إذا وجد تخلف عقلي أو عجز حسي أو نطقي حركي أو حرمان بيئي، تكون الصعوبات اللغوية زائدة عما يصاحب هذه المشكلات في العادة.

ملاحظة ترميزية: إذا وجد عجز حسي أو نطقي حركي أو إذا وجدت حالة عصبية، رمّز الحالة على المحور III.

الاضطراب اللغوي الاستقبالي – التعبيري المختلط Mixed Receptive-Expressive Language Disorder

A- تكون النقاط المحرزة من مجموعة القياسات المعيارية الفردية لكل من نماء

اللغة التعبيري ونماء اللغة الاستقبالي وبصورة صريحة دون تلك المحرزة من القياسات المعيارية للمقدرة العقلية غير اللفظية. تتضمن الأعراض تلك المشاهدة في الاضطراب اللغوي التعبيري بالإضافة إلى صعوبة فهم الكلمات أو الجمل أو أنماط محددة من الكلمات، كالتعابير الفراغية.

B- تؤثر الصعوبات في اللغة الاستقبالية والتعبيرية بصورة كبيرة على التحصيل الأكاديمي أو المهني أو على التواصل الاجتماعي.

C- لا تتحقق معايير اضطراب نمائي شامل.

D- إذا وجد تخلف عقلي أو عجز حسي أو نطقي حركي أو حرمان بيئي، تكون الصعوبات اللغوية زائدة عما يصاحب هذه المشكلات في العادة.

ملاحظة ترميزية: إذا وجد عجز حسي أو نطقي أو حركي أو حالة طبية عامة، رمّز الحالة على المحور III.

الاضطراب الصوتي (اضطراب النطق النمائي سابقاً)

Phonological Disorder (Formerly Developmental Articulation Disorder)

A- الإخفاق في استخدام الأصوات التي تكتسب بشكل تطوري بما يتناسب مع العمر واللغة (مثلاً، أخطاء في إظهار الصوت واستخدامه وبيانه أو تنظيمه. وهذا يتضمن، دون أن يقتصر على ذلك، استبدال صوت بآخر [استخدام/ ت/ بدلاً من/ ك/ أو إسقاط (حذف) بعض الأصوات كالتي تكون في مواضع نهائية).

B- تؤثر الصعوبات في إظهار الصوت على الإنجاز الدراسي أو المهني أو على التواصل الاجتماعي.

C- إذا كان هناك تخلف عقلي أو عجز حسي أو نطقي حركي أو حرمان بيئي، فإن الصعوبات في الحديث تتجاوز تلك التي تصاحب في العادة هذه المشكلات.

ملاحظة ترميزية: إذا وجد عجز حسي أو نطقي أو حركي أو حالة طبية عامة، رمّز الحالة على المحور III.

التأتأة Stuttering

A- اضطراب في الانسياب الطبيعي لنظم الكلام (لا يتناسب وعمر الشخص). يتصف بحدوث متكرر لواحدة أو أكثر من الظواهر التالية:

١. تكرارات للأصوات وللمقاطع اللفظية.

٢. مدّ أو إطالة في الصوت.
٣. اعتراضيات.
٤. كلمات متقطعة (مثل التوقفات ضمن كلمة).
٥. إحصار صامت أو مسموع (توقفات في سياق الحديث مملوءة أو فارغة).
٦. مواربات أو مداورات (استعاضة كلمات بأخرى بهدف تجنب الكلمات العويصة [الإشكالية]).
٧. إطلاق كلمات محددة عند زيادة التوتر الجسدي.
٨. تكرارات لكلمة وحيدة المقطع كلياً (مثال، «أنـ أنـ أنـ أنـ راه»).

B- إن الاضطراب في انسيابية الكلام يؤثر على الإنجاز الدراسي أو المهني أو على التواصل الاجتماعي.

C- إذا كان هناك عجز حسي أو نطقي حركي أو حالة عصبية، فإن الصعوبات في الحديث تتجاوز تلك التي تصاحب هذه المشكلات عادة.

ملاحظة ترميزية: إذا وجد عجز حسي أو نطقي حركي أو حالة عصبية، رمّز الحالة على المحور III.

اضطراب التواصل غير المحدد تحت مسمى آخر

Communication Disorder Not Otherwise Specified

تعنى هذه الفئة باضطرابات التواصل التي لا تتحقق فيها معايير أي من اضطرابات التواصل النوعية. مثال: اضطراب صوتي (أي شذوذ في طبقة الصوت أو ارتفاعه أو نوعيته (صفته) أو نغمته أو رنينه).

أما الفئة التشخيصية لاضطراب التواصل في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية فتضمن ما يلي: اضطراب اللغة language disorder، اضطراب صوت الكلام speech sound disorder، اضطرابات الطلاقة البادئ في مرحلة الطفولة (التلعثم/التأتأة) childhood-onset fluency disorder (stuttering)، اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) social communication disorder (pragmatic)، واضطرابات التواصل الأخرى المحددة وغير المحددة other specified and unspecified communication disorders.

اضطرابات التواصل
Communication Disorders
في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية
DSM 5

اضطراب اللغة Language Disorder

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria :

A- الصعوبات الثابتة في اكتساب واستخدام اللغة عبر الطرق والوسائل المختلفة (أي، اللغة المنطوقة والمكتوبة ولغة الإشارة وغيرها) وذلك بسبب العجز في الفهم أو الإنتاج والتي تشمل ما يلي:

١. انخفاض المفردات (معرفة الكلمة واستخدامها).

٢. محدودية بناء الجملة (القدرة على وضع الكلمات ونهايات الكلمات معا لتشكيل الجمل استنادا إلى قواعد اللغة والصرف).

٣. ضعف في التخاطب (القدرة على استخدام المفردات وربط الجمل لشرح أو وصف موضوع أو سلسلة من الأحداث أو إجراء محادثة).

B- القدرات اللغوية الجوهرية (الأساسية) والكمية أقل من المتوقع بالنسبة للعمر، مما ينتج عنها ضعف وظيفي التواصل الفعال، المشاركة الاجتماعية، التحصيل الأكاديمي أو الأداء المهني، بشكل فردي أو في أي مجموعة.

C- ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر.

D- الصعوبات لا تعزى إلى ضعف سمعي أو حسي آخر، أو مشكلة حركية، أو حالة طبية أو عصبية أخرى، ولا تفسر بشكل أفضل على أنها إعاقة فكرية (اضطراب النمو الفكري) أو تأخر النمو الشامل.

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features :

إن الصفات التشخيصية الأساسية لاضطراب اللغة هي صعوبات في اكتساب واستخدام اللغة بسبب العجز في فهم أو إنتاج المفردات، بناء الجملة، والتخاطب. ويتضح القصور اللغوي في التواصل اللفظي والمكتوب ولغة الإشارة، ويعتمد تعلم اللغة واستخدامها على كلا من المهارات التعبيرية والاستقبالية receptive and expressive skills، وتشير القدرة التعبيرية إلى إنتاج الأصوات، والإيماءات، أو الإشارات اللفظية، بينما تشير القدرة الاستقبالية لعملية استقبال واستيعاب الرسائل

اللغوية. وتحتاج المهارات اللغوية إلى تقييم في كلا من النماذج التعبيرية والاستقبالية، حيث أنهما قد يختلفان في الشدة. على سبيل المثال، اللغة التعبيرية للفرد قد تكون في حالة ضعف شديد، في حين أن اللغة الاستقبالية لديه تكاد تكون ضعيفة على الإطلاق وبالتالي تكون أحسن حالاً بكثير من اللغة التعبيرية.

اضطراب اللغة عادة يصيب المفردات والقواعد النحوية، وهذه الآثار تحد من القدرة على التخاطب. فمن الأرجح أن تتأخر الكلمات والعبارات الأولى للطفل في بدايتها، ويكون حجم المفردات أقل عدداً وأقل تنوعاً مما هو متوقعاً. وتكون الجمل أقصر وأقل تعقيداً أو رصانة مع الأخطاء النحوية، وخاصة في الزمن الماضي. وكثيراً ما يُستهان بالقصور في فهم اللغة ولا يأخذ بجدية، ففي الوقت الذي يكون فيه الأطفال جيدين في استخدام السياق لاستنتاج المعنى. قد تكون هناك مشاكل لإيجاد كلمة (العثور على كلمة) وفقر في التعاريف اللفظية، أو سوء/ قلة فهم للمرادفات والمعاني المتعددة، أو سوء/قلة فهم اللعب بالكلمة المناسب للعمر والثقافة. وتتجلى مشاكل تذكر كلمات وجمل جديدة في صعوبات إتباع التعليمات لزيادة طول الجملة وصعوبة أعادة سلاسل من المعلومات اللفظية (على سبيل المثال، تذكر رقم هاتف أو قائمة تسوق)، وصعوبات في تذكر تسلسل الصوت الجديد (غير المألوف)، وهي المهارة المهمة والأساسية لتعلم كلمات جديدة. وتظهر صعوبات في التخاطب من شكل انخفاض القدرة على تقديم معلومات كافية عن الأحداث الرئيسية ورواية قصة متماسكة ومترابطة.

وتظهر صعوبة اللغة من خلال قدراته الجوهرية والكمية والتي تكون أقل من المتوقع بالنسبة للعمر وتتداخل إلى حد كبير مع التحصيل الدراسي والأداء المهني، والتواصل الفعال، أو التنشئة الاجتماعية (المعيار B).

ويعتمد تشخيص اضطراب على أساس تجميع تاريخ الفرد، والملاحظة الإكلينيكية المباشرة في سياقات مختلفة (أي البيت والمدرسة، أو العمل)، ونتائج درجات الاختبارات المعيارية للقدرات اللغوية والتي يمكن استخدامها لتقدير شدة الأعراض.

الخصائص المصاحبة التي تدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis

وجود تاريخ عائلي إيجابي من اضطرابات اللغة في كثير من الأحيان. الأفراد، وحتى الأطفال منهم، يمكن أن يكونوا بارعين في استيعاب لغتهم محدودة،

قد يكونون خجولين أو متحفظين في الحديث. وقد يفضل الأفراد المصابين باضطراب اللغة التواصل فقط مع أفراد الأسرة أو الأفراد المألوفين لديهم. وعلى الرغم من أن هذه المؤشرات الاجتماعية ليست تشخيصية لاضطراب اللغة، لكن إذا كانت هذه المؤشرات ملحوظة ومستمرة، فإنه يجب تحويل الفرد لتقييم لغوي كامل وشامل. اضطراب اللغة وبخاصة في الجانب التعبيري منه، قد تتزامن مع اضطراب صوت الكلام Speech Sound Disorder.

التطور والدورة الزمنية Development and Course :

اكتساب اللغة يلاحظ عن طريق التغييرات منذ بداية المشي وحتى مستوى البلوغ في الكفاءة والمقدرة التي تظهر خلال فترة المراهقة. وتظهر التغيرات عبر أبعاد اللغة (الأصوات والكلمات والنحو وتفسير الروابط/ النصوص، ومهارات التحاور/المحادثة) في تزايدها وتوافقها مع العمر. ويظهر اضطراب اللغة خلال فترة النمو المبكر، ومع ذلك، هناك تباين كبير في الاكتساب المبكر للمفردات والتركيبات المبكرة للكلمة (تكوين الجمل البسيطة)، والفروق الفردية ليست المؤشرات الوحيدة التي تحمل مؤشرات ذات تنبؤ عال بالنتائج في وقت لاحق. فبحلول السنة الرابعة من العمر، تصبح الفروق الفردية في القدرة اللغوية أكثر استقرارا وثباتا، وأفضل دقة في القياس، ويكون ذلك تنبؤ عال للنتائج في وقت لاحق. تشخيص اضطراب اللغة في السنة الرابعة من العمر من المرجح أن يكون مستقرا على مر الزمن ويستمر عادة في مرحلة البلوغ، على الرغم من أن البروفيل الخاص بقوة وضعف اللغة من المحتمل/المرجح أن يتغير خلال دورة النمو.

عوامل الخطر والتنبؤ Risk and Prognostic Factors :

الأطفال الذين يعانون من ضعف اللغة الاستقبالية Receptive Language Impairments يكون التنبؤ بالنسبة لهم أقل من هؤلاء الأطفال الذين يغلب ضعف اللغة التعبيرية Expressive Impairments فهؤلاء الأطفال الذين يعانون من ضعف اللغة الاستقبالية هم أكثر مقاومة للعلاج، وكثيرا ما يلاحظ عليهم صعوبات في القراءة والفهم.

الوراثية والفسيولوجية **Genetic and Physiological**: اضطرابات اللغة هي وراثية بشكل كبير، وأفراد الأسرة يكونوا أكثر قابلية للإصابة باضطراب اللغة إذا كان لديهم تاريخ عائلي في الإصابة بضعف اللغة.

التشخيص الفارق Differential Diagnosis :

الاختلافات الطبيعية في اللغة Normal variations in language: يحتاج اضطراب اللغة أن يتم تمييزه عن الاختلافات النمائية الطبيعية/العادية، وقد يكون هذا التمييز صعبا قبل سن الرابعة من العمر، ويجب النظر في الاختلافات الإقليمية والاجتماعية، أو الثقافية/ العرقية للغة (على سبيل المثال، لهجات) عندما يتم تقييم الفرد بسبب ضعف اللغة.

ضعف السمع وضعف حسي آخر Hearing or other sensory impairment: ضعف السمع يحتاج إلى استبعاده من كونه سببا رئيسيا لصعوبات اللغة، فقد يرتبط اضطراب اللغة بضعف السمع، الضعف الحسي الآخر، أو صعوبة حركة الكلام Speech Motor Deficit، وعندما يتجاوز اضطراب اللغة المظاهر التي عادة ما تصاحب المشاكل السابقة (ضعف السمع أو خلل حسي آخر أو عجز آلية/حركة الكلام)، فإنه قد يتم تشخيص الفرد باضطراب اللغة.

الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري Intellectual disability (intellectual developmental disorder): تأخر اللغة غالبا ما يكون أحد أعراض الإعاقة الفكرية، والتشخيص النهائي، ولا يجوز أن يتم حتى يتمكن الطفل من إكمال التقييم المعياري كاملا. ولا يعطى تشخيص منفصل/ مستقل إلا إذا كان ضعف اللغة واضح ويتجاوز الضعف الفكري.

الاضطرابات العصبية Neurological disorders: اضطراب اللغة يمكن أن يوجد بالاشتراك مع الاضطرابات العصبية، بما في ذلك الصرع (على سبيل المثال، الحبسة المكتسبة "فقدان القدرة على الكلام المكتسب" Acquired Aphasia [1] أو متلازمة لاندو كليفنر (Landau-Kleffner Syndrome [2].

١- الحبسة أو فقد القدرة على الكلام أو حبسة الكلام (Aphasia) هو اضطراب مكتسب في اللغة يعني وجود ضعف في أي من الوسائل اللغوية. وقد يتضمن ذلك صعوبة في إنتاج أو فهم اللغة المنطوقة أو المكتوبة. مرتبطة بالقدرة ومعاناة شخص ما في يعانون من فقدان القدرة على الكلام على منطقة التي حق ها تضرر نتيجة ومداه. فمن الممكن ان يكون الشخص قادرا على الكلام دون الكتابة، والعكس صحيح. أو أن يظهر أي واحد من أوجه القصور المتعددة في فهم اللغة وإنتاجها. مثل القدرة على الغناء دون الكلام. ويمكن حدوث فقدان القدرة على التعبير جنبا إلى جنب مع اضطرابات أخرى في الكلام مثل اضطراب اللفظ العضلي أو اضطراب عدم التوافق في اللفظ الاختلاس اللفظي، عجز الحركي، والتلف يحدث في تلف في منطق من الدماغ ما.

٢- متلازمة لاندو كليفنر Landau Kleffner Syndrome : هي متلازمة عصبية نادرة في مرحلة الطفولة: تظهر كشكل من أشكال فقدان القدرة على الكلام أو ما يعرف بـ (aphasia) وهي عادة ما تظهر بين ثلاث وسبع سنوات كما أنها شائعة بين الذكور ضعف ما هي موجودة بين الإناث. ومعظم أن هؤلاء الأفراد لديهم تطور وتمو صحي خالي من المشاكل ونطقهم وكلامهم طبيعية. ويفقد هؤلاء الأفراد قدرتهم على الاستيعاب أولا وهي استقبال الكلام، ومن ثم قدرتهم على الكلام وهي الكلام التعبيري. ويحدث هذه التغيرات إما تدريجيا أو فجأة.

تراجع/نكوص اللغة Language regression: فقدان القدرة على النطق واللغة عند الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات قد تكون علامة على اضطراب طيف التوحد (مع تراجع/ نكوص النمو Developmental Regression) أو حالة عصبية محددة مثل متلازمة لاندو كليفنر. أما فقدان اللغة في الأطفال فوق سن الثالثة من العمر قد يكون من أعراض نوبات الصرع، والتقييم التشخيصي ضروري لاستبعاد وجود مرض الصرع (على سبيل المثال، الرسم الكهربائي للدماغ أثناء النوم الروتيني).

الاضطرابات المصاحبة Co-morbidity :

يرتبط اضطراب اللغة بقوة مع اضطرابات العصبية النمائية الأخرى من حيث صعوبات التعلم (في الأرقام والحروف، تذويات تشتت الانتباه/النشاط المفرط، التوحد، الفوضى النمائية. كما يرتبط باضطراب التواصل الاجتماعي (البراغماتي). وغالبا ما تتواجد إصابات باضطراب اللغة أو الكلام في تاريخ العائلة.

يرتبط اضطراب اللغة ارتباطا قويا مع الاضطرابات العصبية النمائية الأخرى مثل اضطراب التعلم المحدد Specific Learning Disorder (القراءة والكتابة والحساب)، اضطراب صعوبة الانتباه/ فرط النشاط Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder، واضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder، واضطراب التنسيق النموي Developmental Coordination Disorder. كما أنه يرتبط مع اضطراب التواصل الاجتماعي (عملي) Social (pragmatic) Communication Disorder، ويوجد تاريخ عائلي إيجابي من اضطرابات النطق أو اللغة في كثير من الأحيان.

اضطراب صوت الكلام Speech Sound Disorder

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria:

A- الصعوبة المستمرة في إنتاج صوت الكلام والتي تتداخل مع وضوح الكلام أو بمنع التواصل اللفظي.

B- الاضطراب يسبب قصور أو قيود للتواصل الفعال والتي تتداخل مع المشاركة الاجتماعية، التحصيل الأكاديمي أو الأداء المهني، بشكل فردي أو في أي مجموعة.

C- ظهور الأعراض في فترة النمو المبكرة.

D- الصعوبات لا تعزى إلى ظروف خلقية أو مكتسبة، مثل الشلل الدماغي، والحنك المشقوق، والصمم أو فقدان السمع أو الإصابة في الدماغ، أو حالات طبية أو عصبية أخرى.

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features:

يصف إنتاج صوت الكلام النطق الواضح للمقاطع الصوتية phonemes (أي الأصوات الفردية) والتي تشكل عند ضمها مع بعضها الكلمات المنطوقة. ويقتضي إنتاج الصوت الكلامي كلا من المعرفة الصوتية بمخارج الألفاظ والقدرة على تنسيق حركة الأعضاء الناطقة (أي الفك واللسان والشفاه) مع التنفس واللفظ للكلمة. والأطفال الذين يعانون من صعوبات إنتاج الكلام قد يواجهون صعوبة في المعرفة الصوتية لأصوات الكلام أو ضعف القدرة على تنسيق الحركات لإنتاج الكلام أو للتعبير بدرجات متفاوتة. وبالتالي فإن اضطراب الصوت الكلامي يتصف بالتنوع في أدائه ويتضمن من الاضطرابات الصوتي phonological disorder واضطراب النطق articulation disorder. ويتم تشخيص اضطراب الصوت الكلامي عندما يكون إنتاج الصوت الكلامي بخلاف ما هو متوقع بناءاً على عمر الطفل ومستوى التطور، وعندما لا يكون العجز deficit نتيجة ضعف impairment جسدي، هيكلية، عصبية أو سمعي. فالأطفال في سن الرابعة خلال مرحلة النمو الطبيعية والنموذجية ينبغي أن يكون الكلام واضح ومفهوم، بينما في عمر سنتين قد يكون ٥٠٪ فقط منه مفهوم.

الخصائص المصاحبة التي تدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis

اضطرابات اللغة، وخاصة في الجانب التعبيري منه، قد يكون واحداً من الأعراض المصاحبة لاضطراب صوت الكلام، ويوجد عادة تاريخ عائلي إيجابي من اضطرابات النطق أو اللغة.

وإذا كانت الصعوبة في جانب معين من القدرة على التنسيق السريع للأعضاء الناطقة، فإنه قد يكون هناك تاريخ من التأخير أو عدم التناسق في اكتساب المهارات التي تستخدم أيضاً الأعضاء الناطقة وعضلات الوجه ذات الصلة، ومن ضمنها أمور أخرى كمهارة المضغ، والحفاظ على إغلاق الفم، والنفخ من خلال الأنف وغيرها. وقد تضعف مناطق أخرى من التناسق الحركي كما في اضطراب التناسق النمائي، كما يستخدم مصطلح خلل الأداء اللفظي في وصف مشاكل إنتاج الكلام.

وقد يضعف الكلام بشكل مختلف في ظروف وراثية معينة (على سبيل المثال متلازمة داون، حذف الكروموسوم 22q، طفرة جينية للجين FoxP2) فإذا كانت هذه الظروف قائمة وموجودة وقت تشخيص اضطراب صوت الكلام فلا بد من إدراجها.

النمو والدورة الزمنية Development and Course :

تعلم إنتاج أصوات الكلام بشكل واضح ودقيق، وتعلم إنتاج الكلام المتصل بطلاقة هي مهارات نمائية، فنطق أصوات الكلام يتبع نمطاً نمائياً، وهو ما ينعكس في معايير العمر من الاختبارات المقننة، فليس غريباً على الأطفال في طور النمو استخدام العمليات النمائية لتقصير الكلمات والمقاطع بينما هم في مرحلة تعلم الكلام ولكن تقدمهم في إتقان إنتاج صوت الكلام ينبغي أن يؤدي غالباً إلى كلام واضح في عمر ٣ سنوات. أما الأطفال الذين يعانون من اضطراب صوت الكلام فيستمرون في استخدام عمليات التبسيط الصوتية غير الناضجة إلى ما بعد العمر الذي يكون فيه معظم الأطفال أصبحوا قادرين على إنتاج الكلمات بشكل واضح.

ويجب أن ينتج معظم الأطفال الكلام بشكل واضح ويجب أن ينطقوا معظم الكلمات بدقة وفقاً للعمر المعايير المجتمعية عند عمر ٧ سنوات، فتميل معظم أصوات الألفاظ الخاطئة misarticulated الأكثر تكراراً إلى تعلمها (تصحيحها) في وقت لاحق، مما يؤدي إلى أن يطلق عليهم أواخر الثمانية (ر، ش، ي) التحلق

الخاطئ Misarticulation لحرف واحد من هذه الحروف يمكن اعتباره ضمن الحدود الطبيعية حتى سن ٨ سنوات وعندما يشمل الخلل في النطق أكثر من حرف من هذه الحروف فإنه قد يكون من المناسب العمل على تقوية بعض هذه الحروف كجزء من خطة لتحسين وضوح النطق قبل الوصول إلى العمر الذي يتمكن عنده جميع الأطفال تقريبا من نطق هذه الحروف بشكل صحيح. اللثغ Lisping (بمعنى النطق الخاطئ للحروف والمصحوب بصوت كالصفير misarticulating sibilants) هو أمر شائع بشكل خاص ويمكن أن ينطوي على أنماط أمامية أو جانبية للاتجاه تيار الهواء، وقد يرافقه اضطراب في حركة اللسان أثناء البلع.

معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب صوت الكلام يستجيبون بشكل جيد للعلاج، وتتحسن صعوبات النطق مع مرور الوقت، وبالتالي فإن هذا الاضطراب قد لا يكون مصاحب للفرد مدى الحياة. ولكن مع وجود اضطراب اللغة أيضا، فإن التنبؤ بشأن تحسن اضطراب الكلام يكون ضعيف وقد يترافق مع اضطرابات التعلم محددة.

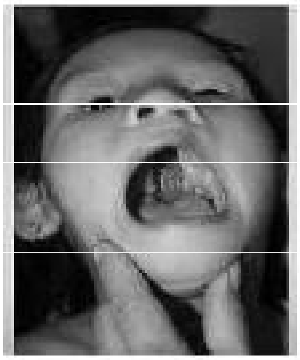
التشخيص الفارق Differential Diagnosis:

الاختلافات الطبيعية في الكلام Normal variations in speech: اختلافات الإقليمية والاجتماعية، أو الثقافية/ العرقية في الكلام والتعبير يجب أخذها بعين الاعتبار قبل التشخيص.

ضعف السمع أو أي ضعف حسي آخر Hearing or other sensory impairment: ضعف السمع أو الصمم قد يؤدي إلى عيوب في الكلام، قد يترافق العجز في إنتاج صوت الكلام مع ضعف السمع، خلل حسي آخر، أو عجز آلية/حركة الكلام speech-motor deficit. عندما يتجاوز عجز الكلام المظاهر التي عادة ما تصاحب المشاكل السابقة (ضعف السمع أو خلل حسي آخر أو عجز آلية/حركة الكلام)، فإنه قد يتم تشخيص الفرد باضطراب صوت الكلام.

العجز الهيكلي Structural deficits: اضطراب الكلام Speech impairment قد يكون راجعا إلى العجز الهيكلي (على سبيل المثال، الحنك المشقوق Cleft Palate)[1].

1 الحنك المشقوق Cleft Palate من بين العيوب الخلقية الأكثر شيوعا عند الولادة الجدد، وهي فتحات أو انشقاقات في الشفة العليا، وسقف الفم (الحنك)، أو كليهما. ويحدث عندما لا تلتحم الأنسجة التي تشكل سقف الفم والشفة العليا قبل الولادة. ومن الممكن أن تؤثر على شكل وجه الطفل، وأن تؤدي إلى مشاكل في الأكل، والكلام والتهابات الأذن.



الحنك المشقوق Cleft Palate

عسر الكلام Dysarthria: اضطراب الكلام Speech impairment قد يُعزى إلى اضطراب حركي، مثل الشلل الدماغي، الدلائل العصبية Neurological signs بالإضافة إلى السمات المميزة للصوت، تساعد على معرفة الفرق بين عسر الكلام عن اضطراب صوت الكلام، مع أن التفرقة تكون صعبة في الأطفال الصغار (أقل من ٣ سنوات)، لاسيما عندما يكون الطفل حركة جسمه محدودة أو لا يتحرك (كما في، على سبيل المثال، متلازمة أسوأ جفاف Worster-Drought syndrome)[1].

الخرس الانتقائي/ الاختياري Selective mutism: الاستخدام المحدود للكلام، قد يكون علامة على الخرس الانتقائي، اضطراب القلق الذي يتميز بعدم وجود كلام في سياق واحد أو أكثر.

الخرس الانتقائي قد يتطور عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب الكلام بسبب شعورهم بالحرج الناتج عن إعاقاتهم، ولكن العديد من الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي يظهرون قدرة على الكلام الطبيعي في بيئات آمنة، مثل المنزل أو مع الأصدقاء المقربين.

١- متلازمة أسوأ جفاف Worster-Drought syndrome نوع من الشلل الدماغي الذي يؤثر على العضلات، والذي يؤدي بدوره لمشاكل بالفم واللسان ويتضمن ذلك عدم القدرة على البلع.

اضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة (التأتأة/التلعثم)
Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering)

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria:

A- اضطرابات في السلاسة الطبيعية للكلام وتوقيت اللازم للكلام والذي لا يتناسب مع عمر الفرد ومهاراته اللغوية، وتستمر على مر الزمن، وتتميز بشكل متكرر وملحوظ بنسبة لواحد (أو أكثر) مما يلي:

١. التكرار لصوت ومقطع لفظي
٢. إطالة/ تمديد الصوت في نطق الحروف الساكنة وكذلك حروف العلة
٣. كلمات مكسرة (على سبيل المثال توقفات مؤقتة على أحرف الكلمة)
٤. حجب (وقفات) مسموع أو صامت (وقفات في سياق الكلام مملوءة أو شاغرة/ فارغة)
٥. الإطناب (اللجوء إلى كلمات بديلة لتجنب الكلمات الصعبة)
٦. تنتج الكلمات مع وجود زيادة في التوتر الجسدي.
٧. التكرار الأحادي لكلمة كاملة (مثال: لقد- لقد- لقد- لقد رأيته)

B- الاضطراب يسبب القلق حول الكلام أو يؤدي إلى قيود في التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، أو الأداء الأكاديمي أو المهني، بشكل فردي أو في أي مجموعة.

C- ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر. (ملاحظة: يتم تشخيص الحالات المتأخرة الظهور او الحدوث ضمن اضطراب الطلاقة البادئ في البلوغ adult-onset fluency disorder).

D- هذا الاضطراب لا ينسب إلى عجز حركي كلامي أو عجز حسي، ولا ينسب إلى صعوبة الطلاقة dysfluency المرتبط بإصابة عصبية (مثل السكتة الدماغية، والأورام، والصدمات النفسية)، أو بسبب حالة طبية أخرى ولا يفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر.

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features:

الميزة الأساسية لاضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة (التأتأة/ التلعثم) تتمثل في كونه اضطراب في الطلاقة الطبيعية والوقت اللازم للكلام والذي لا يتناسب مع عمر الفرد. ويتميز هذا الاضطراب بإعادات متكررة أو إطالة في الأحرف أو المقاطع اللفظية أو بأنواع أخرى من صعوبات الطلاقة dysfluencies، بما في ذلك الكلمات المتكسرة (بمعنى التوقف أثناء الكلمة) توقف مسموع أو صامت (أي توقفات

ممتلئة أو فارغة في الكلام)، الإطناب circumlocutions (أي كلمة بديلة لتجنب الكلمات التي فيها إشكالية في نطقها)، والكلمات المنتجة مع وجود إفراط في التوتر الجسدي، تكرار الكلمة أو مقطع أحادي في الجملة (مثال: لقد لقد لقد لقد رأيته). وقد يتداخل الاضطراب في الطلاقة مع التحصيل الأكاديمي أو الوظيفي أو مع التواصل الاجتماعي، ويختلف مدى الاضطراب من حالة إلى أخرى وغالبا ما يكون أكثر شدة عندما يكون هناك ضغط معين للتواصل (على سبيل المثال، شرح شيء في المدرسة، إجراء المقابلة لوظيفة)، صعوبة الطلاقة Dysfluency غالبا ما يختفي خلال القراءة الشفهية، الغناء، أو عند التحدث مع الجمادات أو الحيوانات أليفة.

الخصائص المصاحبة التي تدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis:

تحسبا وخوفا من تفاقم أو تطور المشكلة؛ فإن المتكلم قد يحاول تجنب صعوبة الطلاقة dysfluencies من خلال إتباع آليات لغوية (على سبيل المثال، تغيير معدل الكلام، وتجنب بعض الكلمات أو الأصوات) أو عن طريق تجنب ظروف كلام محددة، مثل الاتصال الهاتفي أو الخطابة أو التكلم أمام مجموعة من الأشخاص، بالإضافة إلى كونهما من السمات أو الملامح المميزة لصعوبة الطلاقة، فقد ثبت أن التوتر والقلق يعملان على تفاقم صعوبة الطلاقة dysfluency.

ويمكن لاضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة (التأتأة/التلعثم) أيضا أن يكون مصحوب بحركات حركية (على سبيل المثال، رمش العين eye blinks، اللزمات tics، وارتعاش في الشفتين tremors of the lips أو الوجه، تحريك الرأس jerking of the head، وحركات التنفس breathing movements، وقبض اليد fist clenching). الأطفال الذين يعانون من اضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة (التأتأة/التلعثم) يظهرون مجموعة من القدرات اللغوية، والعلاقة بين اضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة (التأتأة/التلعثم) والقدرات اللغوية غير واضحة.

التطور والدورة الزمنية Development and Course:

اضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة، أو التأتأة النمائي أو التطورية؛ يحدث في سن ست سنوات لحوالي ٨٠٪–٩٠٪ من الأفراد المصابين، حيث يظهر الاضطراب في الفترة من عمر سنتين إلى سبع سنوات. ويمكن أن يظهر الاضطراب تدريجيا أو بشكل مفاجئ. وعادة ما تبدأ صعوبات الطلاقة dysfluencies تدريجيا، مع تكرار

الحروف لمقاطع صوتية، والكلمات الأولى من جملة، أو من خلال الكلمات الطويلة. قد لا يكون الطفل على مدرك لإصابته بصعوبات الطلاقة dysfluencies ومع تقدم وتطور الاضطراب تصبح صعوبات الطلاقة dysfluencies أكثر تكرارا وتداخل، وتتضح في الكلمات أو العبارات في الكلام. عندما يصبح الطفل واعيا لصعوبة الكلام speech difficulty ربما يطور آليات لتجنب صعوبات الطلاقة dysfluencies والاستجابات العاطفية المصاحبة لها، بما في ذلك تجنب التحدث أمام الجمهور واستخدام كلمات قصيرة وبسيطة. وتبين الدراسات الطولية أن ٦٥–٨٥٪ من الأطفال على يتعافون من صعوبة الطلاقة dysfluency، مع شدة اضطراب الطلاقة في سن ٨ سنوات يتوقع أن يتعافى المصاب أو يستمر الاضطراب إلى مرحلة المراهقة وما بعدها.

عوامل التنبؤ والخطر Risk and Prognostic Factors:

العوامل الوراثية والفسيولوجية Genetic and Physiological: خطر حدوث الإصابة بالتأتأة/ التلعثم بين الأقارب من الدرجة الأولى للأفراد المصابين باضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة أكثر من ثلاثة أضعاف خطره في عامة السكان.

النتائج/ الآثار الوظيفية لاضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة (التأتأة/ التلعثم) Functional Consequences of Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering):

إن التوتر والقلق بالإضافة لكونهما من سمات الاضطراب، فإنهما قد يساعدان على تفاقم مشكلة صعوبة الطلاقة dysfluency، وقد ينجم عن هذا القلق ضعف الأداء الاجتماعي.

التشخيص الفارق Differential Diagnosis:

العجز الحسي Sensory deficit: ضعف طلاقة الكلام Dysfluencies قد يصاحبه ضعف السمع أو خلل حسي آخر أو عجز آلية/حركة الكلام speech-motor deficit عندما تتجاوز ضعف طلاقة الكلام dysfluencies المظاهر التي ترتبط عادة مع المشاكل السابقة (ضعف السمع أو خلل حسي آخر أو عجز آلية/ حركة الكلام)، فإنه قد يتم تشخيص الفرد باضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة.

صعوبة طلاقة الكلام العادي Normal speech dysfluencies: يجب التمييز بين الاضطراب وصعوبة الطلاقة dysfluencies الطبيعي والذي يحدث بشكل

متكرر عند الأطفال الصغار، والذي يشمل تكرار الكلمة كاملة أو العبارة كاملة (على سبيل المثال: أنا أريد، وأنا أريد آيس كريم)؛ وعبارات غير مكتملة؛ واعتراضات؛ والوقفات الفارغة؛ والملاحظات الاعتراضية. إذا زادت هذه الصعوبات في وتيرتها أو تعقيدها نمو الطفل وكبر سنه، يصبح تشخيصه باضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة مناسب.

الآثار الجانبية للأدوية Medication side effects: قد يحدث التلعثم كواحد من الآثار الجانبية للدواء، ويمكن الكشف عنها بواسطة العلاقة المؤقتة مع التعرض للدواء.

صعوبة الطلاقة البادئ في البلوغ Adult-onset dysfluencies: إذا بدأت صعوبات الطلاقة dysfluencies أثناء أو بعد المراهقة، فإنها تسمى صعوبة الطلاقة البادئ في البلوغ بدلاً من اضطراب النمو العصبي. وتكون هذه صعوبة الطلاقة البادئ في البلوغ Adult-onset dysfluencies مرتبطة بإصابات عصبية محددة والعديد من الظروف الطبية والاضطرابات العقلية وقد يتم تحديدها معهم، ولكنها ليست ضمن تشخيص الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس DSM-5.



**اضطراب توريت
Tourette's disorde**

اضطراب توريت Tourette's disorder[1]: اللازمات الصوتية Vocal tics والألفاظ المتكررة repetitive vocalizations من اضطراب توريت يجب أن يتم تمييزها عن الأصوات المتكررة والمرافقة لاضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة childhood-onset fluency disorder من حيث طبيعتها وتوقيتها.

١- اضطراب توريت Tourette's disorder هو اضطراب عصبي يتميز بحركات نمطية ولفظية متكررة لاإرادية تسمى "عرات/لزمات". ويرجع تسمية هذا الاضطراب نسبة للدكتور جورج جيل دو لا توريت (Dr. Georges Gilles de la Tourette) طبيب الأعصاب الفرنسي الرائد الذي وصف الحالة سنة ١٨٨٥ في رجل نبيل فرنسي يبلغ من العمر ٨٦ عاماً. الأعراض المبكرة لمتلازمة توريت عادة ما يتم ملاحظتها خلال مرحلة الطفولة، بمتوسط ظهور يتراوح ما بين العمر ٣ إلى ٩ سنوات، وتحدث متلازمة توريت في الناس من جميع المجموعات العرقية. ويصيب الذكور حوالي ٣ - ٤ مرات أكثر من الإناث. ويقدر أن ٢٠٠٠٠٠ أمريكي لديه شكل شديد من متلازمة توريت، وما يصل إلى ١ من أصل ١٠٠ حالة يبدون أعراضاً أكثر اعتدالاً وأقل تعقيداً مثل الحركات الرمشية أو عرات/ لزمات صوتية. على الرغم من أن متلازمة توريت يمكن أن تكون حالة مزمنة بأعراض دائمة مدى الحياة، إلا أن معظم الأشخاص المصابين يتعرضون لأسوء أعراض العرات/ اللزمات في سن المراهقة المبكرة، مع تحسن يحدث في أواخر سنوات المراهقة وصولاً إلى مرحلة البلوغ.

اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي)
Social (Pragmatic[1]) Communication Disorder

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria :

A- الصعوبات المستمرة في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي وغير اللفظي كما يتضح في كل ما يلي:

١- العجز في استخدام التواصل لأغراض اجتماعية، مثل التحية وتبادل المعلومات بطريقة مناسبة للسياق الاجتماعي.

٢- ضعف القدرة على تغيير التواصل ليتناسب مع السياق أو احتياجات المستمع، مثل التحدث بشكل مختلف في غرفة الصف الدراسي عنه في الملعب، والحديث بشكل مختلف إلى طفل عن التحدث إلى شخص بالغ، وتجنب استخدام لغة رسمية للغاية.

٣- الصعوبات في تتبع قواعد المحادثة ورواية القصص، مثل انتظار الدور أثناء الحوار، إعادة الصياغة عند إساءة الفهم، ومعرفة كيفية استخدام الإشارات (الإيحاءات) اللفظية وغير اللفظية لتنظيم التفاعل.

٤- الصعوبات في فهم ما لم يُذكر أو يُقال صراحة (على سبيل المثال، الوصول للاستنتاجات) والمعاني المجازية أو الغامضة للغة (على سبيل المثال، العبارات الاصطلاحية idioms، والنكتة، والاستعارات metaphors، المعاني المتعددة التي تعتمد على سياق الحديث للتفسير).

B- يؤدي العجز deficit إلى قصور وظيفي في التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية، التحصيل الدراسي، أو الأداء المهني، كلا على حدة أو كليها مجتمعة.

C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن العجز deficits قد لا يصبح ظاهر بشكل كامل إلى أن تتعدى (تتجاوز) exceed متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة limited capacities).

D- الأعراض لا تعزى إلى حالة طبية أو عصبية أخرى أو إلى القدرات المنخفضة في مجالات بناء العبارة والقواعد النحوية، ولا تفسر بشكل أفضل

١- Pragmatic: اسم مشتق من اللفظ اليوناني براغما (pragma) وتعني "العمل". ويعرفه قاموس ويبستر العملي (Webster) بأنه تيار فلسفي أنشأه تشارلز بيرس (Charles S. Peirce) ووليم جيمس (William James) يدعو إلى أن حقيقة كل المفاهيم لا تثبت إلا بالتجربة العلمية، وهي تعني بالمعنى اللفظي العمل النافع، أو المزاولة الخاصة، ويصبح المقصود منها هو المذهب العملي أو المذهب النفعي.

من خلال اضطراب طيف التوحد، أو الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري)، تأخر النمو الشامل، أو اضطراب عقلي آخر.

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features:

يتصف اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) بصعوبة أساسية في الوظيفة العملية أو الاستخدام الاجتماعي للغة والتواصل، وهذا يظهر من خلال قصور في فهم واتباع القواعد الاجتماعية للتواصل اللفظي وغير اللفظي المحكية في السياقات الطبيعية، وتغيير اللغة وفقا لاحتياجات المستمع أو حسب الوضع، واتباع قواعد المحادثة وسرد القصص. ينتج عن العجز في التواصل الاجتماعي قصور وظيفي في قدرات التواصل، المشاركة الاجتماعية، تنمية العلاقات الاجتماعية، التحصيل الدراسي أو الأداء المهني. لا يمكن تفسير العجز بشكل أفضل من إنها ناتجة عن ضعف في القدرات في مجالات بناء اللغة الهيكلية أو القدرة المعرفية.

الخصائص المصاحبة التي تدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis:

السمة الأكثر شيوعا المرتبطة باضطراب التواصل الاجتماعي (عملي) هي ضعف اللغة language impairment، والتي تتصف بتاريخ من التأخر في الوصول إلى المراحل اللغوية المطلوبة، وتاريخ من مشاكل بناء اللغة إن لم يكن حالية (انظر "اضطراب اللغة" المذكور آنفا في هذا الدليل)، وقد تجنب الأفراد الذين يعانون من العجز في التواصل الاجتماعي التفاعلات الاجتماعية. ومن بين الاضطرابات المصاحبة والأكثر شيوعا بين الأفراد المصابين باضطراب التواصل الاجتماعي اضطراب فرط الحركة/ نقص الانتباه (ADHD)، المشاكل السلوكية، واضطرابات التعلم المحددة هي أيضا أكثر شيوعا بين الأفراد المتضررين.

النمو والدورة الزمنية Development and Course:

يعتمد التواصل الاجتماعي على التقدم النمائي الكافي في الكلام واللغة، لذلك من النادر أن يتم تشخيص اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٤ سنوات، فعند سن الرابعة أو الخامسة، ينبغي أن يمتلك معظم الأطفال قدرات كلامية ولغوية كافية تسمح بالكشف عن العجز المحدد في التواصل الاجتماعي لديهم. وقد لا تبدو الأشكال البسيطة من اضطراب التواصل

الاجتماعي واضحة حتى حلول مرحلة المراهقة المبكرة، عندما تصبح اللغة والتفاعلات الاجتماعية أكثر تعقيداً.

أما نتائج اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) فهي متغيرة، فبعض الأطفال يتحسنون بشكل كبير مع مرور الوقت والبعض الآخر يبقى تحت تأثير الصعوبات التي تلازمه وتستمر معه إلى مرحلة البلوغ. وحتى الأطفال الذين يظهرون تحسناً ملحوظاً، قد يؤدي العجز البراغماتي المبكر إلى إعاقات دائمة في العلاقات الاجتماعية والسلوك، وأيضاً في اكتساب مهارات أخرى ذات صلة، مثل التعبير الكتابي.

عوامل التنبؤ والخطر Risk and Prognostic Factors:

الوراثية والفسيولوجية Genetic and Physiological: يظهر تاريخ عائلي من اضطراب طيف التوحد، اضطرابات التواصل، أو اضطراب التعلم محددة يزيد من خطر الإصابة باضطراب التواصل الاجتماعي (عملي).

التشخيص الفارق Differential Diagnosis:

اضطراب طيف التوحد. التوحد هو التشخيص الأولي الذي يؤخذ بعين الاعتبار عند معاينة الأفراد الذين يظهرون عجز التواصل الاجتماعي. ويمكن التمييز بين التشخيصين بوجود اضطراب طيف التوحد ضمن أنماط محدودة ومتكررة من السلوك والاهتمامات أو الأنشطة، وبالتالي يتم التشخيص باضطراب التواصل الاجتماعي إذا غابت تلك الأنماط، وقد يظهر الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد أنماط محدودة ومتكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة في مرحلة النمو المبكر فقط، لذلك يجب الحصول على التاريخ الشامل للفرد. إن غياب الأعراض الحالي لا يمنع تشخيص اضطراب طيف التوحد إذا كانت الاهتمامات المحدودة والسلوكيات المتكررة موجودة في الماضي. ويجب أن يرجح التشخيص باضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) فقط إذا فشل تاريخ النمائي في الكشف عن أي دليل على أنماط محددة/ متكررة من السلوك، والأنشطة.

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD: العجز الأولي لاضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط قد يسبب ضعف في التواصل الاجتماعي وقصور وظيفي في التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، أو التحصيل الدراسي.

اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) Social anxiety disorder (social phobia): تتداخل أعراض اضطراب التواصل الاجتماعي مع اضطراب القلق الاجتماعي. ويكون العامل الفارق بينهما هو توقيت بداية ظهور الأعراض. ففي اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) يظهر بوضوح أن الفرد لم يمارس في حياته كلها أي تواصل اجتماعي فعال، ولكن في حالة القلق الاجتماعي تتطور مهارات التواصل بشكل طبيعي ولكن لا يتم الاستفادة منها بسبب القلق والتخوف، أو التوتر من التفاعلات الاجتماعية.

الإعاقة الفكرية (اضطراب التطور الفكري) والتأخر النمائي الشامل Intellectual disability (intellectual developmental disorder) and global developmental delay: قد يظهر قصور مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأفراد الذين يعانون من التأخر النمائي الشامل أو الإعاقة الفكرية، ولكن لا يعطى تشخيص منفصل إلا إذا كان العجز في التواصل الاجتماعي غير متأثر بالقصور الفكري.

اضطراب تواصل غير محدد Unspecified Communication Disorder:

تنطبق هذه الفئة على المظاهر التي تسبب فيها الأعراض المميزة لاضطراب التواصل توترا إكلينيكيا هاما أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو ضعف في مجالات هامة أخرى من الأداء ولكنها لا تستوفي المعايير الكاملة لاضطراب التواصل أو لأي اضطراب يقع ضمن الفئة التشخيصية للاضطرابات العصبية النمائية. يتم استخدام فئة اضطراب التواصل غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد سبب عدم استيفاء المعايير الكافية لتشخيص اضطراب التواصل أو لاضطراب نمائي عصبية محدد، وتشمل الحالات التي تفتقد للمعلومات الكافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا.

جدول (٣)

يوضح التشخيص الفارق لاضطرابات التواصل

اضطرابات التواصل (أي اضطراب اللغة، اضطراب صوت الكلام [الصوت]، اضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة [التأتأة] والاجتماعية [عملي] اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) يجب أن يفرق عن...	وعلى النقيض من اضطرابات التواصل...
الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)	تنطوي على وجود ضعف عام في الأداء الفكري في مقابل الضعف التعبيري فقط. ويمكن أيضا أن يتم تشخيص اضطراب التواصل إذا ما كانت مشاكل اللغة تتجاوز تلك التي ترتبط عادة مع الإعاقة الفكرية.
صعوبات التواصل المتعلقة بضعف سمعي أو عجز عصبي (على سبيل المثال، متلازمة لاندو كليفنر)، أو اضطراب حركي (على سبيل المثال، عسر/صعوبة الكلام)، أو وجود خلل هيكلي (على سبيل المثال، الحنك المشقوق)	تعزى إلى ضعف سمعي، أو عجز عصبي، أو اضطراب حركي، أو وجود خلل هيكلي. ولا تتجاوز تلك بالنظر إلى العجز الحسي أو حركة الكلام المتوقع. اضطرابات التواصل يمكن تشخيصها إذا كانت المشاكل في التواصل تتجاوز تلك التي ترتبط عادة مع أي عجز أو أي اضطرابات.
الصمت الاختياري Selective Mutism	يتميز بقلة الكلام في بعض الأماكن/المواقع (على سبيل المثال، في المدرسة، مع الغرباء)؛ في حين يتحدث الطفل في العادة في أماكن/مواقع "آمنة" (على سبيل المثال، في المنزل). في اضطراب التواصل، مشاكل التواصل موجودة في جميع الأماكن/المواقع. بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب التواصل ربما يظهرون الصمت الاختياري بسبب الحرج من قصور/عجز كلامهم.
اضطراب توريت (تمييزا له عن اضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة)	يتميز بلزمات صوتية وألفاظ متكررة والتي تختلف في طبيعتها وتوقيتها عن الأصوات

Tourette's Disorder (as distinguished from Childhood-Onset Fluency Disorder)	المتكررة في اضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة، والتي تتميز بكسر الكلمات (أي توقف خلال كلمة)، حجب مسموع أو صامت (أي توقف في الكلام شاغل أو شاغر)، الإطناب (أي كلمة بدائل لتجنب الكلمات التي تسبب إشكالية في نطقها)، والكلمات المنتجة مع وجود توتر جسدي زائد وتكرار لكلمة أو مقطع أحادي في الجملة (مثال: لقد-لقد-لقد-لقد رأيته)
اضطراب طيف التوحد (تمييزاً له عن اضطراب التواصل [عملي] الاجتماعية) Autism Spectrum Disorder (as distinguished from Social [Pragmatic] Communication Disorder)	يتميز بأنماط محدودة ومتكررة من السلوكيات أو الاهتمامات، أو الأنشطة بالإضافة إلى قصور في التواصل الاجتماعي، في حين اضطراب التواصل (العملي) الاجتماعي، الأنماط المحدودة، أو المتكررة من السلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة تكون غير موجودة/ غائبة.
اضطراب القلق الاجتماعي "الرهاب الاجتماعي" (تمييزاً له عن اضطراب التواصل [عملي] الاجتماعية) Social Anxiety Disorder (Social Phobia) (as distinguished from Social [Pragmatic] Communication Disorder)	يتميز بقصور في استخدام مهارات التواصل الاجتماعي بشكل مناسب بسبب القلق والخوف، أو الضيق من التفاعلات الاجتماعية، في اضطراب التواصل الاجتماعي (عملي)، هذه المهارات غير موجودة.
صعوبات طبيعية في الطلاقة أو النطق لدى الأطفال الصغار Normal dysfluencies or articulation difficulties in young child	مناسبة تنموياً

٤

اضطراب طيف التوحد
Autism Spectrum Disorder

اضطراب طيف التوحد

Autism Spectrum Disorder

مقدمة :

إن تشخيص اضطراب التوحد لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه المختصين في هذا المجال، وتعود هذه الصعوبات إلى أن بعض خصائص اضطراب التوحد تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى مما يجعل التشخيص في غاية الصعوبة وهذا يؤدي إلى الوقوع بالخطأ، ولذلك لابد من جمع معلومات دقيقة وصحيحة لتمييز الأفراد التوحديين عن غيرهم من الاضطرابات الأخرى (بدر، ٢٠٠٤: ٤٢).

ويعتبر التشخيص المبكر ذات اهمية كبيرة مثله كمثل العلاج المبكر، مع العلم أن اضطراب التوحد يصعب تشخيصه قبل عمر الثالثة، إذ أن الخلل في التفاعل الاجتماعي والتواصل لا يكتمل نضوجه إلا بعد ذلك، فبعض الأطفال التوحديين يكونوا مختلفين منذ لحظة الولادة، والبعض يكونوا طبيعيين حتى عمر السنة والنصف ثم تبدأ أعراض التوحد بالظهور (Buglashima, 2006: 62).

تاريخ محكات تشخيص اضطرابات التوحد :

تغيرت المفاهيم للتوحد بمرور الوقت، وتاريخياً تشير الدراسات إلى أن الأطفال ذوي الخصائص أو السلوكيات المشبهة لاضطراب التوحد والذين يشار إليهم على أنهم أطفال معزولين عن التواصل الاجتماعي عن سن صغيرة جداً، أو الذين عاشوا وتربوا مع حيوانات متوحشة كما جاء في تلك الدراسات، فقد وصف لوسيان مالسون Lucien Malson في كتابه "الأطفال الذئب Wolf children" (1972) 46 حالة موثقة من هذه الحالات من بين ١٣٤٤ حالة، وأشهر هذه الحالات ربما تكون حالة "فيكتور" الولد المتوحش الذي وجد عام ١٨٠٠ في غابات الأفيرون وتم علاجه بواسطة طالب طب فرنسي يدعى جان مارك إيتارد Jean Marc Itard حتى توقف العلاج بسبب التقدم البسيط، فقد ظهر أن الصعوبة في تعلم اللغة وقفت حائلاً مبدئياً لإعادة التكامل بنجاح مع هؤلاء الأطفال، وإن معظم محاولات تعليم الأطفال اللغة لم يكتب لها النجاح (Crystal, 1987: 23).

ففي عام ١٨٢٨ وضع إيتارد Itard أول محاولة منظمة لتميز أطفال الخرس الفكري (هؤلاء الذين يعتبروا الآن أن لديهم اضطرابات النمو الشاملة مثل التوحد) من أطفال التخلف العقلي (Carrey,1995: 1655).

كما قام إيتارد بتطوير خريطة تصنيف شاملة، واقترح طرق معينة للعمل مع الأطفال الذين تظهر لديهم مثل هذه الأعراض، وقد وصف إيتارد أعراض الخرس الفكري Intellectual Mutes كنقص في القدرات الوجدانية Affective Abilities Lack of، والانشغال بحاجتهم الخاصة، ووجود صعوبات في اللغة، وقد لاحظ أن هؤلاء الأطفال تكون لديهم صعوبات في إقامة العلاقات التي يعتبرها ثانوية بالنسبة لعيوب اللغة وهم ينسحبون في التعامل مع الأقران وكذلك مع الكبار، ويستبعدونهم من اهتماماتهم، كما وصف "إيتارد" عيوب الانتباه، الإدراك، والذاكرة وكذلك الإحساس الضعيف في التقليد Imitation والذي يعتقد أنه يتداخل مع بناء الارتباط بالآخرين.

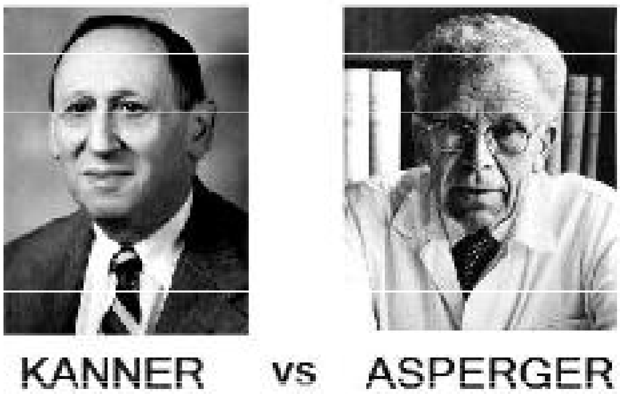
وخلال عام ١٩١١ قام بلويلر Bleuler بصياغة مصطلح "التوحد" Autism، وقد عرّف اضطراب التوحد بأنه الانفصال عن الواقع عن طريق الانسحاب الاجتماعي أو نقص في نظام العلاقات الاجتماعية (Burger & Schorsch, 1969: 454).

وفي مراجعة لمفهوم التصنيف المرضي للتوحد لاحظ ستروجرين Stroemgren (1987) أن بلويلر Bleuler يعتبر التوحد ظاهرة طبيعية لحياة التخيل Imaginary Life والتي حدث فيها تحريف أو تشويه كما لدى مرضى الفصام، وعلى ذلك فقد أصبح ينظر إلى اضطرابات التوحد كعرض للفصام (Minkowski, 1927: 465).



بول يوجين بلويلر (1939– 1857)

وكما أسلفنا فإن كانر (1943) Kanner أول إكلينيكي يميز بين فصام الطفولة وبين التوحد، وقد وصف مجموعة من الأطفال الذين عرف ما تبعهم بأنه التوحد الطفولي Infantile Autism، وهو غالباً ما يوصف بأنه أول من وصف الملامح الأساسية للتوحد، ومن خلال تحليل تاريخي لأعمال كل من كانر وإيتارد لاحظ كاري (1995) Carrey أن الوصف الذي قدمه إيتارد للأعراض الإكلينيكية كان مقارباً لما قدمه كانر، ولكن كانر ألقى الضوء على الخلل الذي يصيب العلاقات بينما أكد إيتارد على اللغة ونظر كانر بعين الاعتبار إلى وجود نقص في الحاجة للآخرين وتفضيل العزلة باعتبارهما أعراض عرضية.



ليو كانر & هانز أسبرجر

ففي الورقة العلمية التي قدمها كانر (١٩٤٣)، قام بوصف عدد ١٠ محكات تشخيص والتي اعتبرها ذات صلة بتشخيص اضطرابات التوحد ومع ذلك فقد كان غير واضح فيما يتعلق بعدد المحكات التي يجب استخدامها في عمل التشخيص، وكان هناك خلط أيضاً فيما يتعلق بحقيقة أنه قد وضع بعين الاعتبار بعض المحكات على أنها غير ضرورية، مثل محك " الإمكانات المعرفية الجيدة "، والقدرة الجسمية الطبيعية واللذان كانا يعتبران ذات دلالة فقط عندما يرتبطان أو يرافقان المحكات التشخيصية الأخرى، وفي دراسة من أجل تنقيح هذا العمل وضع كانر Kanner وأيزنبرج (Eisenberg, 1956) خمسة ملامح لتمييز التوحد وهي :

أ – انفصال مفرط أو شديد في العلاقات الإنسانية.

ب – الفشل أو الإخفاق في استخدام اللغة لأغراض التواصل.

جـ – رغبة قلقة ووسواسية في الاحتفاظ والاستمرار في الرتابة تتسبب في وجود محدودية ملحوظة في تنوع الأنشطة التلقائية.

د- الإعجاب أو الافتتان Fascination بالأشياء التي يتم تناولها أو التعامل معها بمهارة في الحركات الدقيقة.

هـ- إمكانية معرفية جيدة (Kanner & Eisenberg, 1956: 56).

ويشير كلاً منهما إلى أن اثنان من الملامح يعتبرا أساسيين ويجب أن يكونا موجودين وهما: العزلة المفرطة، والإصرار المشوب بالوسوسة على الرتابة، ولكن يُعتقد أن نقص مهارات اللغة على أنه ثانوي أو مشتق من الاضطراب الأساسي في الارتباط أو العلاقات الإنسانية.

ويستخدم كانر كلمة "توحد" Autism لوصف الأطفال الذين لاحظهم، ذلك لأنهم يبدون غالباً منعزلين اجتماعياً ويتعاملون من دواخلهم، ومصطلح التوحد والطفل التوحدي جاء من الكلمة الإغريقية اليونانية "أوتوس" Autos وهي تعني النفس أو الذات Self، وبالفعل فقد أشار تعريف قاموس مريام وبستر لعام ١٩٦٢ أن التوحد هو "استغراق في النشاط العقلي المركز على الذات" مثل أحلام اليقظة، الخيالات، الهذاءات، الهلاوس، ويكون مصحوباً عادة بانسحاب واضح من الواقع. ومن خلال متابعة البحوث المنشورة الخاصة بموضوع الخصائص والسمات الخاصة باضطرابات التوحد في الطفولة المبكرة، بدأ الباحثون في التمييز بين الأطفال من ذوي السمات التوحد وبين أنواع الذهان والاضطرابات الأخرى.

وبالرغم من أن اضطراب التوحد بدأ في التميز والاختلاف عن غيره من الاضطرابات بعد نشر أعمال كانر، لكن لازال هناك جدل ومناظرة حول إذا كان هناك ارتباط بين التوحد والفصام في مرحلة الطفولة، أو أنهما اضطرابان منفصلان، فيفترض أحد الباحثين أن التوحد هو الصورة المبكرة للفصام (Bender. 1947: 42).

فالأطفال الذين تتم ملاحظتهم على أن لديهم فصام تظهر لديهم بعض الأعراض المتشابهة والسلوكيات الخاصة الموجودة لدى الأطفال ممن يلاحظ أنهم توحديين، وقد وصف العديد من الباحثين خلال الأربعينات، والخمسينات مجموعات من الأطفال ممن لديهم سلوكيات غريبة (Goldfarb. 1961, Mahler, 1952. Rank, 1955 Bender, 1947).

وفي عام ١٩٥٥ وصف رانك 'Rank' مجموعة من الأطفال ممن لديهم صفات تتضمن الانسحاب، الالتجاء إلى الخيال، والصمت Mutism والتموضع على حالة واحدة Posturing والغرابة في التصرفات، والإيماءات أو الحركات النمطية عديمة المعنى، مع نقص في الارتباط بالواقع، وضعف التواصل البصري،

وهؤلاء الأطفال يبدو أنهم متشابهون مع مجموعة الأطفال الذين وصفهم كانر أصلا ولديهم التوحد الطفولي.

وقامت ماهلر Mahler في عام ١٩٦٢ بدراسة مجموعة من الأطفال الذين تظهر لديهم سلوكيات شاذة، وصعوبة في الانفصال عن الأم، والتركيز الشديد على أجزاء من الجسم، وهذاءات وهلاوس، والإصرار على الرتابة، ونوبات الغضب Tantrum، القلق، السلوكيات الاندفاعية.

ويميل البعض استخدام عبارة "الذهان التكافلي "Symbiotic Psychosis" لتعريف هؤلاء الأطفال، وتعتقد ماهلر أن السبب المحدد للذهان التكافلي هو تعطيل أو توقف التواصل بين الأم والطفل، ولأن الأطفال الذين تمت دراستهم في هذه المجموعة لديهم بعض هذه الهذاءات Delusions والهلاوس Hallucinations فقد تكون لديهم نفس الصفات والخصائص الموجودة في فصام الطفولة Childhood Schizophrenia أكثر من السمات الخاصة باضطراب التوحد.

ويستمر الجدل في موضوع الفصام والتوحد في الستينات والسبعينات من القرن الماضي، ولسنوات كثيرة بعد وصف كانر لحالات التوحد، مما ساعد على التمييز بين كل من التوحد والفصام.

وقد أعاد كل من ايزنبرج Eisenberg وكانر Kanner عام ١٩٥٦ اختبار المحكات Criteria التي وضعوها بالنسبة للتوحد وأضافوا العزلة الشديدة، الإصرار على الرتابة المشوبة بالريبة يجب أن يظهر ضمن التشخيص الخاص بالتوحد.

ويحمل عام ١٩٦٠ معه محاولات أخرى رئيسية في الجهود المبذولة لتحديد وتمييز اضطرابات التوحد، وكان أولها على يد كريك (Creak,1961) الذي نشر نتائج دراسات لخبراء بريطانيين، والذين خططوا للمتزاملة Syndrome الخاصة بالتوحد والتي أنبثق عنها متزامنة سميت من قبل " بالفصام " Schizophrenia في الطفولة، وقد طرحوا هذا المصطلح (الفصام) وكأنهم لا يعتقدون بأن هذه المتزاملة أو زملة الأعراض كانت لا تتماثل مع الفصام الذي يصيب الكبار في السن، والمحكات التسعة التي وصفها جريك Greek كتشخيص للتوحد هي:

أ – صعوبة كبيرة ومستمرة في العلاقات الانفعالية مع الناس.

ب- عدم وعي واضح بالذات الشخصية لدرجة لا تتلاءم مع سن الطفل (سلوك غير طبيعي نحو الذات).

جـ- انشغال مرضي بأشياء معينة أو خصائص سلوكية معينة، دون اعتبار لوظائفها المقبولة.

د – مقاومة مستمرة للتغير في البيئة.

هـ – خبرات إدراكية شاذة أو غير طبيعية.

و – قلق حاد مبالغ فيه ويأخذ أشكال غير منطقية.

ز – صعوبة في تطور الكلام، بما في ذلك ما يسمى بالصدى أو ترديد ما يقوله الآخرون Echolalia.

ح – اضطراب في أنماط الحركة (مثل الاهتزاز Rocking، والدوران السريع Spinning، والنشاط الحركي الزائد Hyperkinesias والتصلب Catatonic الحركي).

ط – ربما يوجد تخلف عقلي مصاحب.

وفي عام ١٩٦٦ أضاف ايزنبرج Eisenberg أن السن الذي يظهر فيه التوحد يمكن أن يكون خلال العامين الأولين من الحياة. وقام أوجرمان (١٩٦٧) O'Gorman بمراجعة لنقد الخاص بمجموعة المحكات التي قدمها جريك Great وقدم نموذج بديلاً عنها. وقد توصل إلى أن هناك محك واحد على الأخص (الانسحاب من الناس) يمثل كل المحكات واعتبره أهم محكات تشخيص التوحد، وبناء على النتائج النهائية التي توصل إليها يقترح أوجرمان وجود ستة ملامح رئيسية لاضطراب التوحد وهي:

أ – انسحاب، أو فشل الطفل في الاندماج مع الواقع.

ب – تأخر ذهني واضح، مع وجود جزء من الوظائف طبيعياً، أو قريب من الطبيعي وربما توجد مهارات غير عادية.

جـ – صعوبة في اكتساب اللغة.

د – استجابة غير طبيعية لنوع واحد أو أكثر من المنبهات الحسية (غالباً أصوات)

هـ – عرض واضح ومستمر لسلوكيات أو خصائص حركية معينة.

و – مقاومة مرضية للتغير بما في ذلك الطقوس Rituals والتعلق بالأشياء والانشغال الزائد بأشياء معينة والغضب الشديد أو الرعب أو الاستثارة عندما يتم تهديد حالة الرتابة الموجودة في البيئة بواسطة غرباء.

وهناك عمل آخر مهم تم تقديمه في عام ١٩٦٤ بواسطة ريملاند Rimland والذي قدم واحدة من المحاولات الأولى لتكميم Quantify أعراض التوحد، وبناء على جوهر الأعراض التي وصفها كانر Kenner عام ١٩٤٣، قام ريملاند بتطوير قائمة التشخيص لأطفال الاضطرابات السلوكية Behavior Disturbed Children، وقد سمى هذه القائمة للفحص باسم النموذج إي١ – Form E.1 والتي تتكون من

٧٦ سؤال من صورة (الاختيار من متعدد) لاستخدامها مع الأباء أو الوالدين لمعرفة تاريخ الولادة الخاص بأطفالهم، وطريقة الكلام ونمو الأعراض لديهم.

وفي عام ١٩٦٦، قدمت مجموعة الطب النفسي لمتقدم Advancement of Psychiatry نظام تصنيفي لاضطرابات الأطفال والذي يتم فيه تصنيف الأمراض النفسية بناء على عمر الطفل، وقد ساهمت في وضع المحكات الثمانية لجرايك وقد تم قبول هذا النظام التصنيفي كأساس لتشخيص حالات التوحد خلال القرن التالي.

وألقى روتر Rutter الضوء عام ١٩٧٢ على الفروق بين التوحد وفصام الطفولة في الدراسة التي قدمها بعنوان " إعادة اعتبار لفصام مرحلة الطفولة " والتي قدمت نوع من الفروق الواضحة بين هذين الاضطرابين اعتمدا على السن التي يظهر فيها أي منهما، وظهور الأعراض، والتاريخ الإكلينيكي، وقد وضع تمييزا بين هذين الاضطرابين في مجال نمو وتطور المهارات الاجتماعية، واللغة، الانتباه، الإدراك، اختبار الواقع، الحركة، كان هناك استمرارية في تشخيص وجود فصام الطفولة لدى بعض الأطفال بواسطة المعالجين الذين يستخدمون الدليل التشخيصي والإحصائي (APA, 1952; 1968).

ونشر المجلس القومي للأطفال والراشدين المصابين بالتوحد (والذي سمي فيما بعد بالجمعية الأمريكية للتوحد) في عام ١٩٧٧ تعريفاً جامعاً لاضطرابات التوحد الذي وصف ولأول مرة اضطراب التوحد على إنه من اضطرابات النمو؛ وقد عرفوا التوحد على انه عجز في النمو يتميز بأنه حاد في عدم القدرة ومستمر في الحياة والذي يظهر أصلاً خلال السنوات الثلاث من الحياة والمحكات الأربعة التي وضعوها هي :

أ – اضطرابات في معدل ظهور المهارات البدنية والاجتماعية واللغة.

ب– استجابات غير طبيعية شاذة للمثيرات الحسية.

جـ– غياب أو عجز اللغة.

د – طرق غير طبيعية في التواصل أو الارتباط بالناس والأشياء والأحداث (Ritve & Freeman, 1977: 147).

وقد افترضوا أن التواصل والمشاكل الاجتماعية من الأعراض المحورية وقللوا من الاستجابات الحسية الشاذة التي أولاها كانر اهتماما أكبر (Cox& Mesibov, 1995: 60).

وأكدوا كذلك على أن المصابين بالتوحد لديهم صعوبات في جميع الجوانب الأربعة التي تم وصفها، وفي عام ١٩٧٨ قدم روتر Rutter (من خلال الوصف

الأصلي لكانر والبحوث المتعددة له) باقتراح وجود أربعة ملامح ضرورية لتشخيص التوحد وهي:

أ- تظهر قبل مرور ٣٠ شهراً من العمر.

ب- عجز اجتماعي من النوع الذي يعكس ببساطة وجود تخلف عقلي.

جـ- خلل في النمو في عمليات التواصل اللغوي أو وجود لغة غير طبيعية.

د- سلوكيات نمطية Stereotypical والتي يمكن أن توضع تحت مفهوم الإصرار أو الرتابة (Rutter, 1978: 137-138).

وكان للعمل الذي قدمه روتر تأثيراً كبيراً في وقته لأنه كان يتماشى مع الخبرة الإكلينيكية (Volkmar & Cohen, 1988: 1406).

وفيما يلي جدول يلخص تاريخ محكات تشخيص اضطرابات التوحد:

جدول (٤) التاريخ التشخيصي للتوحد

التاريخ	المصدر	الملامح الأساسية/ المحكات التشخيصية	الملامح الضرورية
١٨٦٨	ايتارد	خلل في اللغة	٣
١٩٤٣	كانر	خلل في العلاقات	١٠
١٩٥٦	كانر وايزنبرج	عزلة شخصية؛ وسواس وإصرار على الرتابة	٥
١٩٦١	كريك	لبس بين المحكات ما هو رئيسي	٩
١٩٦٧	اوجرمان	الانسحاب من الناس	٦
١٩٧٧	ريتفو وفريمان	مشاكل في التواصل ومشاكل اجتماعية	٤
١٩٧٨	روتر	بحوث كانر Kanner	٤
١٩٨٠	الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III	خصائص النمو	٤
١٩٨٧	الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل DSM-III-R	٣ تصنيفات : صعوبة في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة صعوبة في التواصل اللفظي وغير اللفظي - نشاطات واهتمامات محدودة	١٦
١٩٩٤	الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM- IV	خلل في جوانب ثلاثة : المهارات الاجتماعية - التواصل - السلوكيات	٩

وكما يلاحظ في الجدول أعلاه أن في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III) تم وضع اضطراب التوحد في مجموعات تحت بطاقة واسعة تسمى باضطرابات النمو الشاملة ولم يكن ذلك التصنيف موجوداً من قبل في كل من الدليل التشخيص الإحصائي الأول والثاني ويلاحظ أن مصطلح اضطرابات النمو الشاملة Pervasive Developmental Disordered (PDD) يركز على الجوانب الخاصة بالخصائص غير الطبيعية التي تحدث خلال الطفولة أثناء عمليات النمو وهذا التركيز يقف في مواجهة فقدان الواقع (الذهان Psychosis) لدى البالغين أو الراشدين من الذين كانت الوظائف لديهم من قبل في حالة طبيعية (Rutter & Schopler, 1988: 17).

وقد تم إضافة أربعة محكات للتوحد إلى الدليل التشخيص والإحصائي الثالث (DSM-III) وهي :

أ- السن الذي يظهر فيه الاضطراب أقل من ٣٠ شهر.

ب- خلل في العلاقات.

جـ- خلل في التواصل.

د- سلوك مستمر ويتميز بالمثابرة Perseverated Behavior.

وكما هو موجود في تعريف كنر Kenner فإن المحكات الموجودة في الدليل التشخيص الإحصائي الثالث DSM لا يتضمن الاضطرابات الحسية كما يفعل روتر Rutter 1983 فهي تؤكد أن التوحد كاضطراب معرفي يحتوى على صعوبة في اللغة ومشكل في كل من العلاقات الاجتماعية وترميز الوظائف

ويعكس التصنيف الموجود في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM III عن اضطرابات التوحد تقدماً كبيراً، ولكنه انتقد لكونه لا يمكن وضعه في شكل كمي (Cox & Mesibov, 1995: 62).

فضلاً عن أن المحكات الموجودة في هذا الدليل كانت تحتوى على كثير من الغموض والذي أدى إلى تفاوت في تفسيرها بالإضافة أنها قدمت التوحد على أنه اضطراب ثابت دون الوضع في الاعتبار تغييرات النمو التي تحدث في الأعراض لدى الأطفال الأكبر سناً، وقد اتفق معظم المعالجين والباحثين (Ritvo & Freeman, 1977, Rutter, 1978, Volkmar &Cohen, 1988) على أن السمات الخاصة بالتوحد موجودة على متصل واحد.

ويمثل الدليل التشخيصي الثالث الصورة المعدلة DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) تغييراً رئيسياً في مفهوم ووصف اضطرابات

التوحد وقد أدى إلى مراجعة وتحسين الكثير من أوجه النقد التي وجهت للتعريف الموجود في الطبعات السابقة (Cox & Mesibov, 1995: 63)، وعموما فإنه ثمة ستة عشر خاصية سلوكية نوعية ومحددة في كل واحد من المجالات الثلاثة الرئيسية وهي :

أ خلل نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

ب خلل نوعي في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي والأنشطة الخاصة بالتخيل.

جـ عدد محدود بشكل ملحوظ من النشاطات والاهتمامات.

علماً بأن اكتمال التشخيص يحتاج إلى وجود ثمان من أصل ستة عشر خاصية أو سمة مع وجود اثنان منها من المجال الاجتماعي وواحدة من كل من التواصل وعدد محدود من النشاطات ويحدد التصنيف كذلك التغيرات التي تحدث في النمو مما يسمح بوجود متصل يتدرج من بسيط Mild إلى حاد Severe ويتقبل الأفراد المختلفين الذين يظهرون علامات مختلفة من علامات التوحد ويحد من تصنيف بقايا التوحد ويتطلب ذلك ظهور الاضطرابات خلال عمر ثلاثون شهرا وأشارت البحوث الحديثة إلى أن عمر بداية ظهور هذا الاضطراب يمكن أن يتأخر عن هذا العمر (Volkmar,Stier. & Cohen, 1985, Short & Schopler, 1988).

ومع ذلك فإن تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث – الصورة المراجعة DSM-III-R وجه له العديد من الانتقادات، والتي من بينها أن هذا التعريف كان من الأشمل بدرجة كبيرة زادت من التباعد بين الأفراد الذين تمت ملاحظتهم، ومن بين الانتقادات أيضا أن المحكات تفتقد إلى الصدق الإمبريقي وبناءا على ذلك فإن مدى ثبات تشخيص اضطراب التوحد باستخدام محكات الدليل التشخيصي الثالث – الصورة المراجعة (Volkmar et al., 1994: 1364).

ولتفادي أوجه النقد الموجهة إلى التعريفات الموجودة في الدليل التشخيصي الثالث DSM-III والدليل التشخيصي الثالث – الصورة المراجعة DSM-III-R فقد تم عمل دراسة ميدانية كبيرة على ١٠٠٠ حالة، وما يقرب من ١٠٠ من المعالجين، تركز هذه الدراسة على تطوير التعريف الخاص بالتوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV وكانت نتيجة هذه الدراسة هي تقليل عدد التفاصيل والمحكات في الدليل الثالث DSM-III والصورة المراجعة DSM-III-R وأكدت الدراسة على أنه بالرغم من النقد الموجهة للدليل الثالث والصورة المراجعة فإنهما

قدما الكثير من المحكات الجيدة (Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994, Volkmar et al., 1994).

ولهذا أصبح التعريف الجديد للتوحد أكثر إيجازاً، كذلك تم عمل تعديلات على التعريف الموجود في التصنيف العالمي العاشر للأمراض ICD-10 بحيث أصبح هناك تطابق بين التعريفين وقد حدد التوحد عن طريق وجود الخلل في الجوانب الثلاثة الآتية :

أ - التفاعل الاجتماعي Social Interaction.

ب- التواصل Communication.

جـ- أنماط السلوك والاهتمامات والنشاطات.

ويجب ظهور مجموعة من ستة أو أكثر من المحكات الموجودة في الجوانب الثلاثة مع وجود اثنين فيها على الأقل من التفاعل الاجتماعي وواحدة من كل من التواصل وأنماط السلوك والاهتمامات والنشاطات وذلك حتى يتمكن الطفل أن ينطبق عليه تشخيص التوحد.

وحالياً لا زالت هناك جوانب معينة من تعريف التوحد تمثل تحديات في هذا التصنيف أو التشخيص وخاصة للمعالجين ذوي الخبرة الأقل في التشخيص أول هذه التحديات أنه يصعب أن تظل مجالاً واسعاً من التعبير عن زملة أعراض للمصابين، بيد أن هناك اتجاهات نحو تغييرها في ضوء تغير السن والنمو (Lord, et al., 1994, Eaves & Ho, 1996).

اضطراب طيف التوحد

Autism Spectrum Disorder

في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية

(DSM5)

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria

A– العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو من خلال التاريخ السابق وذلك من خلال ما يلي، (الأمثلة توضيحية وليست شاملة):

١– العجز في التبادل أو المعاملة الاجتماعية والعاطفية، والتي تتراوح، على سبيل المثال، ما بين النهج الاجتماعي الغير طبيعية والفشل في إجراء محادثة عادية بين طرفين هات وخذ، إلى انخفاض مشاركة الاهتمامات، ومشاركة العواطف، أو ما تتأثر به، إلى الفشل في البدء أو المبادرة أو الاستهلال بالتفاعلات الاجتماعية أو الاستجابة لها.

٢ العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، والتي تتراوح، على سبيل المثال، من ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى ضعف في التواصل البصري وضعف لغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.

٣– العجز في فهم وتطوير العلاقات والحفاظ عليها، ويتراوح ذلك، على سبيل المثال، من صعوبات في تكييف السلوك ليناسب السياقات الاجتماعية المختلفة؛ إلى صعوبات في المشاركة في اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات؛ وغياب الاهتمام بالأقران

تحديد درجة الشدة الحالية:

تستند درجة الشدة على ضعف التواصــل الاجتمــاعي ومحدوديــة الأنمــاط السلوكية وتكرارها. (انظر جدول ٥)

B– أنماط محدودة ومتكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة، وذلك كما يظهر في اثنين على الأقل مما يلي، في الفترة الراهنة أو من خلال التاريخ السابق (الأمثلة توضيحية وليست شاملة):

١- حركات حركية نمطية أو متكررة، استخدام الأشياء، أو الكلام (على سبيل المثال، حركات نمطية بسيطة، بصف اللعب وضعها في صفوف ' أو تقليب الأشياء، والترديد أو المصاداة، العبارات التي تتصف بالغرابة).
٢- الإصرار على الرتابة والجمود وعدم المرونة في الالتزام بروتين معين، أو أنماط شكلية من السلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلاً، الضيق الشديد عند حدوث أي تغيير ولو بسيط، صعوبات مع التحولات أو الانتقالات المرحلية ' من مرحلة إلى أخرى ، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس خاصة للتحية، ويحتاج إلى اتخاذ نفس الطريق، أو يأكل نفس الطعام كل يوم).
٣- المحدودية الشديدة، والتركيز على اهتمامات غير طبيعية في كثافتها أو تركيزها (على سبيل المثال، الارتباط القوي أو الانشغال بأشياء غير عادية، أو اهتمامات مقيدة بشكل مفرط أو الاستمرار عليها).
٤- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو المدخلات الحسية أو اهتمام غير عادي بالجوانب الحسية من البيئة (على سبيل المثال، عدم اكتراث واضح للألم/ درجة الحرارة، والاستجابة السلبية للأصوات معينة أو قوام معين أو أنسجة معينة، الإفراط في الشم أو لمس الأشياء، أو الشغف بالنظر إلى الأضواء أو الحركة).

تحديد درجة الشدة الحالية:

تستند درجة الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي ومحدودية الأنماط السلوكية وتكرارها (انظر جدول ٢).

C- يجب أن تظهر الأعراض في مرحلة النمو المبكر (ولكن قد لا تصبح واضحة تماما حتى تتجاوز المطالب الاجتماعية قدراته المحدودة، أو قد تحجب بسبب استراتيجيات تعلمها في الحياة في وقت لاحق).

D- الأعراض تسبب ضعف إكلينيكيا هاما في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من المجالات الأخرى الهامة من مجالات الأداء الحالي.

E- لا يتم تفسير هذه الاضطرابات بشكل أفضل من خلال الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد يترافقان معاً في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المشترك للإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي أقل من المتوقع بالنسبة لمستوى مرحلة النمو العام.

ملاحظة: يجب أن تتاح للأفراد الذين تم تشخيصهم بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) باضطراب التوحد، اضطراب أسبرجر، أو اضطراب النمو المنتشر الغير محدد pervasive developmental disorder not otherwise specified يجب أن يطلق عليهم في التشخيص اضطراب طيف التوحد. والأفراد الذين لوحظ لديهم ضعف في التواصل الاجتماعي، ولكن الأعراض التي لا تنطبق عليها معايير اضطراب طيف التوحد، يجب أن يتم تقييمها ضمن اضطراب التواصل (العملي) الاجتماعي.

تحديد ما إذا كان:

مع أو بدون ضعف فكري مرافق
مع أو بدون ضعف لغوي مرافق
مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي
مترافق مع اضطراب نمائي عصبي آخر، أو اضطراب عقلي أو اضطراب سلوكي

إجراءات التسجيل/ التدوين Recording Procedures:

بالنسبة لاضطراب طيف التوحد الذي تصاحبه حالة طبية أو وراثية/جينية معروفة أو عوامل البيئة، أو مع اضطراب نمائي عصبي آخر، أو اضطراب عقلي، أو اضطراب السلوكي، فإنه يُسجل اضطراب طيف التوحد المرتبط/المصاحب (اسم الحالة، الاضطراب، أو العامل) (على سبيل المثال، اضطراب طيف التوحد اضطراب مترافق مع متلازمة رت Rett syndrome). يجب تسجيل شدتها ومستوى الدعم اللازم لكلا البعدين التشخيصين (التواصل الاجتماعي والسلوكيات المحدودة والمتكررة "كما هو موضح في الجدول ٢ (على سبيل المثال، تحتاج إلى دعم كبير جدا للعجز في التواصل الاجتماعي كما تتطلب دعما كبيرا للسلوكيات المحدودة لتقييد والمتكررة). يجب بعد ذلك تسجيل التحديد Specification "مع ضعف عقلي مرافق أو بدون ضعف عقلي مرافق" يليه بعد ذلك تسجيل تحديد ضعف اللغة، فإذا كان يرافقه ضعف اللغة، يجب أن سجل المستوى الحالي للأداء اللفظي (على سبيل المثال، "مع ضعف لغة مرافق – الكلام غير واضح" أو "مع ضعف لغة مرافق – الكلام تعبيري"). إذا وجد التخشب العضلي Catatonia، يتم تسجيله بشكل منفصل "تخشب عضلي مترافق مع اضطرابات طيف التوحد".

المحددات Specifiers :

ومحددات الشدة (انظر الجدول ٥) يمكن أن تستخدم لوصف الأعراض الحالية بإيجاز (والتي قد تقع دون مستوى ١)، مع الاعتراف بأن شدة الأعراض قد تختلف حسب السياق وقد تتقلب (تتذبذب) مع مرور الوقت. شدة صعوبات التواصل الاجتماعي والسلوكيات المحدودة والمتكررة يجب أن يتم تقييم كلاً منها على حدة. ولا ينبغي أن تستخدم فئات الشدة الوصفية لتحديد الأهلية لتوفير الخدمات (أي لا يجب استخدامها لتحديد ما إذا كان الفرد مستحقاً للمساعدة أم لا) ؛ هذا فقط يمكن أن يتم تحديده على المستوى الفردي ومن خلال مناقشة الأولويات والأهداف الشخصية. وفيما يتعلق بالمحدد "مع أو بدون ضعف فكري" فإن فهم الملف الفكري (المتفاوت غالباً) للطفل أو البالغ الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ضروري لتفسير الخصائص التشخيصية، إن التقديرات المنفصلة للمهارات اللفظية وغير اللفظية ضرورية (على سبيل المثال: استخدام الاختبارات غير اللفظية غير الموقوتة لتقييم نقاط القوة المحتملة في الأفراد مع لغة محدودة).

جدول (٥)

مستويات شدة الأعراض لاضطراب طيف التوحد

مستوى الشدة/ الخطورة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات المحدودة والمتكررة
المستوى ٣ "يتطلب دعم كبير جداً"	عجز شديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي يسبب ضعف شديد في الأداء، مع مبادرة أو بدء أو استهلال محدود جداً من التفاعلات الاجتماعية، والاستجابة للحد الأدنى من المبادرات الاجتماعية من الآخرين. على سبيل المثال الشخص الذي لديه بضع كلمات مفهومة وواضحة الذي نادراً ما يبدأ أو يبادر بالتفاعل وعندما يفعل ذلك أي عندما يبادر بالتفاعل يجعل هذه المبادرة اقتراب غير عادي لتلبية احتياجاته فقط ويستجيب للاقتراب الاجتماعي المباشر جدا فقط.	عدم مرونة السلوك، صعوبات بالغة في التأقلم مع التغيير، أو غيرها من السلوكيات المحدودة/ المتكررة تعوق الأداء بشكل ملحوظ في جميع المجالات. ضيق شديد/ صعوبة في تغيير التركيز من شيء لشيء أو صعوبة في تغيير المهمة/ العمل.

مستوى الشدة/ الخطورة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات المحدودة والمتكررة
المستوى ٢ "يتطلب دعم كبير"	عجز ملحوظ في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي، ضعف الاجتماعي واضح حتى مع تقديم الدعم في المكان؛ مبادرة أو بدء محدود للتفاعلات الاجتماعية، واستجابات منخفضة أو ضعيفة أو غير طبيعية على المبادرات الاجتماعية من الآخرين. على سبيل المثال: الشخص الذي يتحدث جمل بسيطة تقتصر هذه الجمل البسيطة على تفاعل محدود وفي حدود الاهتمامات الخاصة، ويكون لديه تواصل غير لفظي غريب بشكل ملحوظ.	عدم مرونة السلوك، وصعوبة التأقلم مع التغيير، أو غيرها من السلوكيات المحدودة/ المتكررة تظهر بشكل متكرر وكافي ليكون واضحا للملاحظ العادي وتعيق الأداء في مجموعة متنوعة من المجالات. الضيق و/ أو صعوبة في تغيير التركيز من شيء لشيء أو صعوبة في تغيير المهمة/ العمل.
مستوى ١ يتطلب دعم	بدون دعم في المكان، عجز في التواصل الاجتماعي يسبب ضعف ملحوظ. صعوبة المبادرة أو البدء بالتفاعلات الاجتماعية، وأمثلة واضحة من الاستجابات غير العادية أو غير الناجحة للمبادرات الاجتماعية من الآخرين. قد يظهر انخفاض الاهتمام في التفاعلات الاجتماعية. على سبيل المثال، الشخص الذي يكون قادرا على التحدث بجمل كاملة ويشارك في التواصل لكن يفشل في استخدام هذه الجمل في المحادثة المتبادلة مع الآخرين، ومحاولاته لتكوين صداقات تكون غريبة وغير ناجحة عادة.	عدم مرونة السلوك يعيق الأداء بشكل ملحوظ في مجال واحد أو أكثر من مجال. صعوبة التبديل بين الأنشطة. مشاكل التنظيم والتخطيط تعيق الاستقلالية.

ولاستخدام المحدد specifier "مع أو بدون ضعف اللغة المرافق" يجب تقييم المستوى الحالي للأداء اللفظي ووصفه. أمثلة على الأوصاف المحددة لـ "مع ضعف اللغة المرافق" يمكن أن تشمل أي كلام غير واضح (غير اللفظي)، كلمات

مفردة أو الكلام تعبيري. مستوى اللغة لدى الأفراد بدون ضعف اللغة المرافق" قد تضيف وصف يتحدث في جمل كاملة أو بطلاقة. وقد تتأخر اللغة الاستقبالية عن تطور اللغة التعبيرية في اضطراب طيف التوحد؛ لذا ينبغي النظر إلى مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية بشكل منفصل.

أما المحدد specifier "مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي" فيجب استخدامه عندما يكون الفرد لديه اضطراب جيني معروف (على سبيل المثال، متلازمة رت Rett syndrome، متلازمة اكس الهش Fragile X syndrome [١]، متلازمة داون)؛ أو اضطراب طبي (مثل الصرع epilepsy) [٢].

١- متلازمة اكس الهش Fragile X syndrome أثارت العديد من الأبحاث الحديثة بها والقناعة أن متلازمة كروموسوم اكس الهش هي السبب الأول للإعاقة العقلية (التأخر العقلي) التي تحدث بسبب وراثي، ويصاب طفل واحد لكل ٢٠٠٠ طفل ذكر وطفلة واحدة لكل ٤٠٠٠ طفلة في كل المجتمعات والشعوب. كما دلت الأبحاث أن امرأة واحدة من ٢٥٩ من النساء حاملة للمرض ويمكن أن تنقل المرض لأولادها، وأنه يوجد رجل واحد حامل للمرض لكل ٨٠٠ رجل. وللأسف أن معظم المصابين (٨٠%) لم يتم تشخيصهم ولا يعلم ذووهم أنهم مصابون بمتلازمة كروموسوم اكس الهش. وسمي المرض بهذا الاسم كروموسوم اكس الهش (Fragile X syndrome) نظرًا لملاحظة الأطباء وجود قابلية لكروموسوم اكس للانكسار عند القيام بتحليل الكروموسومات وذلك بعد زرعها في ظروف معينة. ومع تقدم العلم اكتشف الأطباء أن الجين المسبب للمرض موجود في نفس المنطقة التي ينكسر فيها الكروموسوم وهو في طرف الذراع الطويلة لكروموسوم اكس، وقد اكتشف هذا الجين في عام ١٩٩١ وأطلق عليه اسم (FMR1) وبعد أن اكتشف هذا الجين كان من الواضح أن هناك أشخاصًا مصابين بالمرض وآخرين حاملين للمرض ولا تظهر عليهم أعراض المرض. وبعد اكتشاف الجين اتضح أن الجين عند المصابين بالمرض به طفرة وراثية تمنعه من العمل بشكل طبيعي فلا ينتج المادة التي كان من المفروض أن ينتجها وهي نوع من البروتين، بينما الحاملين للمرض يكون لديهم طفرة في الجين ولكن لا توجد نقص مؤثر في إنتاج هذه المادة البروتينية. ويطلق الأطباء كلمة طفرة كاملة (Full Mutation) على المصابين بالمرض وطفرة جزئية (Permutation) على الحاملين. وبما أن الجين (FMR1) موجود على كروموسوم اكس فإن الرجل المصاب أو الحامل للمرض يعطي الجين المصاب بطفرة جزئية أو كاملة إلى بناته ولا ينتقل إلى أولاده الذكور أبدًا، بينما الأم الحاملة أو المصابة بالمرض تنقل الجين المصاب بطفرة جزئية أو طفرة كاملة إلى بناتها وأولادها، وأن الحاملة يكون لديها في الغالب نفس المرض إلى أولادها وبناتها لأنه في كثير من الأحيان تكون الأم غير مصابة بالمرض بل حاملة له فقط ولديها طفرة جزئية، وقد لا يظهر المرض في كل الأجيال خاصة إذا كان النساء في هذه العائلة حاملات للمرض فقط ويتزوجن من أبناء ذكور مصابين.

٢- الصرع epilepsy هو اختلال عصبي داخلي ينتج عن اضطراب الإشارات الكهربائية في خلايا المخ. ويحدث عندما تنتقل الشحنة الكهربائية في منطقة ما تشكل ما يعرف بالبؤرة الصرعية والتي تكون حادة ومنها تنطلق إشارة شديدة وتعمم على كل النشاط الكهربائي في الدماغ والعرض الأساسي الجامع لكل أشكال الصرع هو فقدان الوعي وما قد يرافقه من تشنجات تختلف وفقًا للحالة وأشهر أنواعه هو الصرع الكبير حيث تحدث تشنجات تتبعها ارتجافات سريعة لكل عضلات الجسم، وفي الدرجة الثانية يكون الصرع الصغير عند الأطفال عادة حيث يفقد المصاب وعيه لفترة قصيرة ويستعيدها بسرعة.



متلازمة أكس الهش Fragile X syndrome

أو تاريخ من التعرض البيئي (على سبيل المثال: فالبروات valproate [١]، متلازمة الجنين الكحولي fetal alcohol syndrome [٢]، وانخفاض الوزن الشديد عند الولادة very low birth weight).

١- الفالبروات Valproate دواء الذي يستخدم للسيطرة على نوبات الصرع، والصداع النصفي، وكذلك في علاج الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، بالإضافة إلى اضطرابات نفسية أخرى. وتشير الأبحاث إلى أن الأطفال الذين تعرضوا لهذا الدواء خلال فترة الحمل معرضون لخطر التأخر في النمو. وهو واحد من أربعة أدوية مضادة للصرع (الكاربامازابين، والفنيتوين، واللاموتريجين) كانت تأثيراتها على نمو الأطفال محط الفحص الدقيق خلال السنوات الأخيرة. الدراسة الأولى أشارت إلى أن العلاج – بالصوديوم فالبروات – أكثر خطورة وضررا مقارنة بالأدوية الثلاثة الأخرى على الجنين، حيث ظهرت دراسات عام ٢٠٠٦، وكذلك دراسة عام ٢٠٠٩ نشرت في New England Journal Of Medicine وجدت هذه الدراسة أن الأطفال الذين تبلغ أعمارهم ٣ سنوات والذين ولدوا لأمهات يستخدمن علاج فالبروات خلال الحمل كان مستوى الذكاء عندهم أقل بستة نقاط مقارنة بالأطفال الذين لم يستخدم أمهاتهم علاج فالبروات.

٢- متلازمة الجنين الكحولي Fetal alcohol syndrome أو متلازمة الكحول الجنينية هي تشوهات جسدية واضطرابات عقلية تحدث للجنين بسبب المشروبات الكحولية من استهلاك الكحول خلال فترة الحمل. إذا تناولت الأم الكحول خلال فترة الحمل، فإن الكحول تدخل في مجرى الدم، وتصل إلى الجنين عن طريق المشيمة. إن الكحول تعيق إيصال الأكسجين والمواد الغذائية إلى نسيج الجنين وأعضائه، بما في ذلك دماغ الجنين، مما يؤدي إلى ظهور علامات مميزة في الوجه وإعاقة النمو في الخلايا العصبية والدماغ، مما يؤدي إلى مشاكل عضوية ونفسية ومشاكل في السلوك.



A child with Fetal Alcohol Syndrome
(O'Reilly 1996)



متلازمة الجنين الكحولي fetal alcohol syndrome

وينبغي أيضاً أن تلاحظ الحالات النمائية العصبية، والعقلية أو السلوكية (على سبيل المثال: اضطراب فرط النشاط/ نقص الانتباه attention deficit/hyperactivity disorder، اضطراب التناسق النمائي developmental coordination disorder [1]، السلوك الفوضوي disruptive behavior [2]، اضطراب السيطرة على السلوك

١- اضطراب التناسق النمائي developmental coordination disorder هو حالة مزمنة ودائمة وجدت في الأطفال وتميز بملاحظة الإعاقة الحركية التي تتداخل مع أنشطة الطفل اليومية والإنجاز الأكاديمي. لتشخيص الطفل المصاب باضطراب الأداء النموي يجب أن يكون الطفل يعاني من إعاقات حركية تؤثر على جوانب أخرى من حياته. إن الإعاقات وحدها لا تميز من الطفل مصاب باضطراب الأداء النموي؛ فالإعاقة الحركية يجب أن تكون بسبب أو يكون لها أعراض مشكلة عصبية محددة. ويجب أن لا يعاني الطفل من أي اضطراب في حركة العضلات والرعشات أو التشنجات أو الضعف الحسي. أو الحركات المتقلبة. وإذا كان تأخر العقل موجود فإن معدل الذكاء للطفل يجب أن يكون أكثر من ٧٠ والضعف الحركي أكثر من الطبيعي المتوقع للأطفال المصابين بالتأخر العقلي... ويظهر اضطراب التناسق النمائي على أنه الاضطراب الأكثر شيوعاً في فترة الطفولة وعادة ما يكون في الأطفال بين عمر الـ٥ والـ١٢ قبل حوالي عشر سنين قدرت الدراسات أن هذا الاضطراب يحصل في ٥% إلى ١٩% من الأطفال في عمر المدرسة ومن خلال التعريف الأكثر دقة لهذا الاضطراب فإن الانتشار الحالي يقدر بين ٥% و٨% من كل الأطفال في عمر المدرسة. ويكون عند الأولاد أكثر من البنات. قد يعكس هذا الاختلاف نسبة عالية للأولاد، لأن تصرفات الأولاد المصابين بهذا الاضطراب تكون أصعب من حيث السيطرة عليها في البيت وفي الصف. بالإضافة إلى أن نسبة الإصابة بهذا الاضطراب تكون كثيرة بين الأطفال الذين عانوا مضاعفات في فترة الولادة وما قبلها

٢- السلوك الفوضوي disruptive behavior مجموعة من الاضطرابات تشكل نمطاً من الفوضى في المواقف الاجتماعية، ويتميز الفوضوي بالتمرد، وهو يصطدم بشكل جوهري مع نمط الاجتماعي ويتحدى على السلطة وحقوق الآخرين، ومن هذا المنظار فإن اضطراب السلوك الفوضوي يوصف بأنه مزعج للآخرين، غير المحترم أو مخل.

الاندفاعي impulse-control [١]، أو اضطرابات المسلك conduct disorders [٢]، والقلق anxiety، والاكتئاب depressive، واضطرابات ثنائية القطب bipolar disorders، اللزمات tics [٣] أو اضطراب توريت Tourette's disorder، وإيذاء الذات self-injury [٤]، اضطرابات التغذية feeding disorders، واضطرابات الإخراج elimination disorder، أو اضطرابات النوم (sleep disorders).

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features :

من الخصائص الأساسية لاضطراب طيف التوحد هي انخفاض مستمر في التواصل الاجتماعي المتبادل والتفاعل الاجتماعي (معيار A)، وأنماط محدودة من السلوك المتكرر، والاهتمامات، أو الأنشطة (المعيار B). هذه الأعراض موجودة منذ الطفولة المبكرة وتعوق أو تضعف الأداء اليومي (معايير C و D)، وتختلف المرحلة التي يصبح فيها الاضطراب الوظيفي واضح وفقا لخصائص الفرد وبيئته. خصائص التشخيص الأساسية تكون واضحة خلال فترة النمو، ولكن التدخلات، والتعويض، والدعم الحالي قد يخفي الصعوبات على الأقل في بعض السياقات أو في بعض النواحي. مظاهر الاضطراب أيضا تختلف كثيرا على حسب شدة حالة التوحد، ومستوى النمو، والعمر الزمني، ومن هنا يأتي مصطلح الطيف، اضطراب طيف

١- اضطراب السيطرة على السلوك الاندفاعي impulse-control هي أشكال متطرفة من السلوك العدواني، يشعر المصابون بها بأنهم لا يستطيعون السيطرة على رغباتهم وبسبب الرغبات الملحة التي ترافق هذه التصرفات يصبح المصابون باضطراب السيطرة على الدوافع منعزلين بما فيه الكفاية، ويعاني المصابون من اضطراب عاطفي شديد، ومن بعض سلوكيات اضطراب السيطرة على الدوافع هي: لعب القمار الزائد، والتسوق القهري وهوس السرقة، والسلوك الجنسي القهري.

٢- اضطراب السلوك conduct disorders: النمط الثابت والمتكرر من السلوك أو التصرفات العدوانية أو غير العدوانية التي تنتهك فيها حقوق الآخرين وقيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت والمدرسة ووسط الرفاق وفي المجتمع، على أن يكون هذا السلوك أكثر خطورة من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال.

٣- اللزمات tics: أنماط سلوكية حركية غير هادفة، تنطوي على حركة تشنجية قوية ومتكررة وانقباضات عضلية لا إرادية في الوجه أو بعض أجزاء الجسم، تتوالى على فترات متكررة، وكثيرا ما تصاحبها مكونات انفعالية تكشف عن وجود أو تستثير من القلق والغضب والخوف والخزي وغير ذلك من الحالات الانفعالية التي تعد لها متنفسا عن حالات توتر نفسية جسمية معا.

٤- إيذاء الذات self-injury: استجابات حركية هادفة تنتهي بالإيذاء أو التلف الجسدي للشخص الذي تصدر عنه وغالبا ما يكون الضرر الناجم عن هذا النوع من الاستجابات قويا، وعلى الرغم من أن هذا السلوك قد يحدث لدى الأطفال العاديين في المراحل العمرية المبكرة إلا أنه يستمر بالحدوث وبشكل متكرر ومزمن لدى بعض الأفراد المعوقين وخاصة منهم ذوي الإعاقات الشديدة.

التوحد يشمل الاضطرابات المشار إليها سابقا كالتوحد الطفولي المبكر early infantile autism، والتوحد في مرحلة الطفولة childhood autism، وتوحد كانر Kanner's autism، والتوحد عالي القدرات high functioning autism؛ التوحد غير النمطي atypical autism؛ اضطراب النمو المنتشر غير المحدد pervasive developmental disorder not otherwise specified؛ واضطراب الطفولة التفككي childhood disintegrative disorder، واضطراب أسبرجر Asperger's disorder.

وتاريخ مقدمي الرعاية، وإذا أمكن: التقرير الذاتي. العجز اللفظي وغير اللفظي في التواصل الاجتماعي لديه مظاهر متفاوتة تعتمد على عمر الفرد، مستوى الذكاء intellectual level، والقدرة اللغوية، فضلا عن عوامل أخرى مثل تاريخ العلاج والدعم الحالي. العديد من الأفراد لديهم قصور في اللغة، بدءا من عدم القدرة على الكلام إلى تأخر اللغة، وضعف الفهم للكلام، وترديد الكلام، أو اللغة الملتفة (المتكلفة) والحرفية أكثر من اللازم. حتى عندما تكون مهارات اللغة الاصطلاحية (الرسمية) سليمة (على سبيل المثال: المفردات، والقواعد)، فإن استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي المتبادل يكون ضعيف في اضطراب طيف التوحد.

إن الضعف في التواصل والتفاعل الاجتماعي المحدد في المعيار A هو منتشر ومستمر، التشخيصات تكون صحيحة valid وموثوقة reliable عندما تستند إلى عدة مصادر للمعلومات، بما في ذلك ملاحظات الطبيب. العجز في التبادل العاطفي الاجتماعي (أي القدرة على التعامل مع الآخرين ومشاركة الأفكار والمشاعر) تتجلى في الأطفال الصغار المصابين بهذا الاضطراب الذين قد يظهرون مبادرة محدودة أو معدومة لإنشاء التفاعل الاجتماعي وليس مشاركة العواطف، جنبا إلى جنب مع تقليد محدود أو معدوم لسلوك الآخرين. وما يظهر من لغة في كثير من الأحيان يكون من جانب واحد، وضعف في التبادلية الاجتماعية، واستخدام الطلب أو التسمية بدلا من التعليق comment، مشاركة المشاعر أو العكس. بالنسبة للبالغين الأسوياء فإن القصور في التبادل العاطفي – الاجتماعي يكون أكثر وضوحا في عملية الصعوبات والاستجابة للمنبهات الاجتماعية المعقدة (على سبيل المثال، متى وكيفية الانضمام إلى محادثة، ما الذي لا يقال). إن البالغين الذين طوروا استراتيجيات التعويض لمجابهة بعض التحديات الاجتماعية ما زالوا يكافحون ويعانون في المواقف الجديدة أو غير الداعمة ويعانون من الإجهاد والقلق من الحذر بإدراك ما هي البديهيات الاجتماعية بالنسبة لمعظم الأفراد.

يتجلى العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي من خلال غياب أو محدودية أو استخدام غير معتاد للتواصل البصري eye contact (نسبة إلى المعايير الثقافية)، والإيماءات، وتعابير الوجه facial expression، والتوجه الجسدي body orientation، أو تنغيم الكلام. أحد الخصائص المبكرة لاضطراب طيف التوحد هو ضعف الانتباه المشترك joint attention كما تظهر في ضعف في استخدام الإشارة بإصبع السبابة lack of pointing، العرض showing، أو إحضار أشياء مشتركة الاهتمام بها مع الآخرين، الفشل في إتباع إشارة شخص ما بإصبع السبابة أو بنظرة عينه. قد يتعلم الأفراد بعض الإيماءات الوظيفية، ولكن ذخيرتهم تكون أقل من الآخرين، وغالبا ما يفشلون في استخدام الإيماءات التعبيرية التلقائية في التواصل.

أما البالغون الذين يتمتعون بطلاقة اللغة، فقد تعطي الصعوبة في تنسيق التواصل غير اللفظي مع الكلام انطباعا بالغرابة odd، والتيبس/ الجمود wooden، أو حركات جسدية مبالغ فيها لغة الجسد خلال التفاعلات. قد يكون الضعف غير واضح نسبيا ضمن أوضاع الفرد (على سبيل المثال، قد يكون شخص ما لديه تواصل بصري جيد نسبيا أثناء الكلام) لكن اللافت للنظر أو الملاحظ أن هناك ضعف في تكامل التواصل البصري والإيماءات ووضع الجسد ونظم الكلام prosody، وتعابير الوجه facial expression للتواصل الاجتماعي.

يجب أن يكون الحكم على العجز في تطوير وصيانة وفهم العلاقات مقابل المعايير بالنسبة للعمر والنوع والثقافة. قد تكون الاهتمامات الاجتماعية مفقودة أو ضعيفة أو غير عادية، والذي يظهر من خلال رفض الآخرين، السلبية، أو أساليب غير ملائمة قد تبدو عدوانية أو تخريبية. هذه الصعوبات واضحة بشكل خاص في الأطفال الصغار، الذين غالبا ما يكون لديهم نقص في اللعب الاجتماعي المشترك واللعب التخيلي (على سبيل المثال، المرونة في اللعب التظاهري المناسب لأعمارهم)، ولاحقا الإصرار على اللعب بقواعد ثابتة جدا.

الأفراد الأكبر سنا قد يكافحون ليفهموا ما هي السلوكيات التي تعد ملائمة في أحد المواقف ولكن غير ملائمة في موقف آخر (على سبيل المثال، السلوك الرسمي أثناء مقابلة العمل)، أو الطرق المختلفة التي يمكن فيها استخدام اللغة للتواصل (على سبيل المثال، السخرية، الكذب الأبيض). قد يكون هناك تفضيل واضح للأنشطة المنعزلة أو التفاعل مع من هم أصغر سنا بكثير أو أكبر سنا. في كثير من الأحيان، هناك رغبة في إقامة صداقات دون فكرة كاملة أو واقعية لما تنطوي

عليه الصداقة من معنى وما تتطلبه (على سبيل المثال، الصداقات من جانب واحد أو الصداقات التي تستند فقط على الاهتمامات الخاصة المشتركة)؛ العلاقات مع الأشقاء، وزملاء العمل، ومقدمي الرعاية لابد وأن تؤخذ بعين الاعتبار (من حيث التبادلية أو المعاملة بالمثل) أيضا.

يعرف اضطراب طيف التوحد أيضا بأنماط محدودة ومتكررة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة (على النحو المحدد في المعيار B)، والتي تُظهر مجموعة من المظاهر وفقا للعمر والقدرة، والتدخل، والدعم الحالي،. وتشمل السلوكيات النمطية أو المتكررة على حركات جسدية نمطية بسيطة (على سبيل المثال، الرفرفة باليد، ثني الأصابع)، والاستخدام المتكرر للأشياء (مثل تدوير العملة وصف "اللعب")، والكلام المتكرر (على سبيل المثال، الترديد/ المصاداة، الترديد المتأخر أو الفوري للكلام المسموع، استخدام "أنت" عند الإشارة إلى الذات أو التحديث عن نفسه، والاستخدام النمطي للكلمات والعبارات؛ أو أنماط مميزة للكلام أو منغمة أو نبرة مميزة). الالتزام المفرط إلى الروتين الأنماط المحدودة من السلوك قد يكون واضحا في مقاومة التغيير (على سبيل المثال، الضيق أو التوتر من أقل تغيير مثل تغليف الأطعمة المفضلة؛ الإصرار على الالتزام بالقواعد؛ جمود التفكير) أو أنماط طقوسية من السلوك اللفظي أو غير اللفظي (على سبيل المثال، الأسئلة المتكررة، الدوران السريع) الاهتمامات موضوع الانتباه والبالغة المحدودية في اضطراب طيف التوحد تميل إلى أن تكون غير طبيعية في كثافتها أو تركيزها (على سبيل المثال، تعلق طفل بقوة بالإسفنج أو حوض الاستحمام أو مقلاة؛ الطفل كثير الانشغال بالمكانس الكهربائية؛ البالغ الذي يقضي ساعات في كتابة الجداول الزمنية). بعض هذا الافتتان والروتين قد يتصل بفرط أو قلة التفاعل hyporeactivity مع المدخلات الحسية والذي يظهر من خلال الاستجابات الشديدة لأصوات معينة أو ملمس معين، الشم المفرط أو لمس الأشياء المفرط، والافتتان بالأضواء أو الأشياء الدوارة، واللامبالاة الواضحة أحيانا للألم، والحرارة أو البرد. ردود الأفعال الشديدة أو الطقوسية تجاه طعم ورائحة وملمس أو شكل الطعام أو المحدودية الشديدة في الطعام شائع ويمكن أن تكون سمة ظاهرة في اضطرابات طيف التوحد. العديد من البالغين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد بدون إعاقة فكرية أو لغوية يتعلمون كبح السلوك المتكرر في الأماكن العامة. قد تكون الاهتمامات الخاصة مصدرا للمتعة والتحفيز وتقديم طرق للتعليم والتوظيف في وقت لاحق من الحياة. يمكن استيفاء معايير

التشخيص إذا كانت الأنماط المحدودة والمتكررة من السلوك، والاهتمامات، أو كانت الأنشطة موجودة بشكل واضح أثناء الطفولة أو في وقت ما في الماضي، حتى إذا كانت الأعراض لم تعد موجودة.

يتطلب المعيار D أن السمات يجب أن تسبب ضعف ملحوظ إكلينيكيا في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو مجالات هامة أخرى من الأداء الحالي. المعيار E ينص على أن العجز في التواصل الاجتماعي، على الرغم من أنه يترافق أحيانا مع الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري)، فأنه لا يتماشى مع مستوى نمو الفرد، الإعاقات تتجاوز الصعوبات المتوقعة على أساس مستوى النمو. إن توفر أدوات تشخيصية سلوكية مقننة ذات خصائص سيكومترية جيدة، بما في ذلك المقابلات لمقدمي الرعاية والاستبيانات وقياس ملاحظة الأطباء، يمكن أن يحسن الثقة في التشخيص بين كافة الأطباء مع مرور الوقت.

الخصائص المصاحبة التي تدعم التشخيص Associated Features Supporting Diagnosis:

العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد لديهم أيضا إعاقة فكرية و/ أو ضعف اللغة (على سبيل المثال، بطء في الكلام، فهم اللغة أقل من إنتاجها)، حتى أولئك الذين يتمتعون بذكاء متوسط أو مرتفع لديهم بروفيل (ملف) غير متكافئ للقدرات، فالفجوة بين الأداء العقلي والتكيفي غالبا ما تكون كبيرة، وكذلك العجز الحركي غالبا ما يكون موجود ويتضمن المشية الغريبة، الحماقات، وغيرها من الدلائل الحركية غير الطبيعية (على سبيل المثال، المشي على أطراف الأصابع). إيذاء الذات (على سبيل المثال، ضرب الرأس، عض اليد) قد تحدث، والسلوكيات التخريبية/ التحدي هي أكثر شيوعا بين الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ممن يعانون من الاضطرابات الأخرى، بما في ذلك الإعاقة الفكرية. البالغين والمراهقين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد عرضة للقلق والاكتئاب، وبعض الأفراد يطورون التخشب العضلي catatonic كسلوك الحركي (التحرك ببطء و"التجمد" وسط العمل)، ولكن هذه السلوكيات عادة وليست نوبة مهمة من النوبات التخشب العضلي. ومع ذلك، فمن الممكن للأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يعانوا من تدهور ملحوظ في الأعراض الحركية ويظهرون نوبة تخشبيه كاملة مع أعراضها مثل خرس mutism، التموضع الجسدي posturing، تقطيب الوجه والمرونة الشمعية grimacing and

waxy flexibility. فترة خطر مصاحبة للخشبية لاضطراب طيف التوحد يكون كبير في فترة المراهقة.

معدل الانتشار Prevalence:

في السنوات الأخيرة، ذكرت التقارير المتتابعة لاضطراب طيف التوحد عبر الولايات المتحدة وغيرها من الدول أن معدلات الإصابة اقتربت من ١٪ من السكان، مع تقديرات مماثلة في عينات الأطفال والبالغين. ولم يتضح ما إذا كانت المعدلات الأعلى تعكس التوسع في المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس DSM-IV لتشمل الحالات أقل من الحدية subthreshold، وزيادة الوعي، والاختلاف في منهجية الدراسة، أو زيادة حقيقية في وتيرة اضطراب طيف التوحد.

التطور والدورة الزمنية Development and Course:

لابد من ملاحظة العمر وبدء ظهور الأعراض لاضطراب طيف التوحد. وعادة ما يتم التعرف على الأعراض خلال السنة الثانية من العمر (١٢-٢٤ شهرا من العمر) ولكن قد يمكن مشاهدتها في وقت أبكر من ١٢ شهرا إذا كان التأخر في النمو شديدا، أو لوحظ بعد عمر ٢٤ شهرا إذا كانت الأعراض أكثر غموضا (غير واضحة). وقد يشمل وصف نمط بدء onset ظهور الأعراض معلومات حول تأخر النمو المبكر أو أي فقدان للمهارات الاجتماعية أو اللغوية، ففي الحالات التي يكون تم فيها فقدان المهارات، يمكن للوالدين أو مقدمي الرعاية إعطاء تاريخا من التدهور التدريجي أو السريع نسبيا للسلوكيات الاجتماعية أو المهارات اللغوية. ويحدث هذا عادة ما بين ١٦ و٢٤ شهرا من العمر، ويتميز عن الحالات النادرة التي يحدث فيها تراجع النمو بعد سنتين على الأقل من النمو الطبيعي (ذكرت سابقا باسم اضطراب الطفولة التفككي).

السمات السلوكية لاضطراب طيف التوحد تصبح أول ما تتضح في مرحلة الطفولة المبكرة، وبعض الحالات التي تظهر عدم الاهتمام في التفاعل الاجتماعي في السنة الأولى من العمر، بعض أطفال اضطراب طيف التوحد يعانون من وقفة مؤقتة في النمو developmental plateaus أو التراجع، مع تدهور تدريجي أو سريع نسبيا في السلوك الاجتماعي أو استخدام اللغة غالبا خلال السنتين الأولتين من العمر. مثل هذا الفقدان نادر في الاضطرابات الأخرى، وربما يكون مفيدا

كجرس إنذار لاضطراب طيف التوحد، بل أن الأكثر من ذلك بكثير ويشكل غير عادي هو ضرورة الاستقصاء الطبي الأكثر شمولا لفقدان المهارات التي تتجاوز التواصل الاجتماعي (على سبيل المثال، فقدان الرعاية الذاتية، الذهاب إلى الحمام، المهارات الحركية) أو تلك (فقد المهارات) التي تحدث بعد عامه الثاني (انظر أيضا متلازمة رت في قسم "التشخيص الفارق" لهذا الاضطراب).

وبما أن الكثير من الأطفال المصابين لديهم تفضيلات قوية ويستمتعون بالتكرار (مثل تناول نفس الطعام، ومشاهدة نفس الفيديو عدة مرات)، فتمييز التصرفات المتكررة والمقيدة التي تشخص التوحد تكون صعبة الظهور في مرحلة ما قبل الدراسة. التمييز السريري قائم على نوع، تكرار، وكثافة السلوك (مثل الطفل الذي يصف الأشياء كل يوم لعدة ساعات ويتزعج إذا ما حدث تحريك لأي منها).

الأعراض الأولى من اضطراب طيف التوحد غالبا ما تنطوي على تأخر تطور اللغة، وغالبا ما يرافقه انعدام الاهتمام الاجتماعي أو التفاعلات الاجتماعية غير عادية (على سبيل المثال، سحب الآخرين باليد دون أي محاولة للنظر إليهم)، وأنماط اللعب الغريبة (على سبيل المثال، حمل الألعاب ولكن دون اللعب بهم أبدا)، وأنماط تواصل غير عادية (على سبيل المثال، معرفة الحروف الأبجدية ولكن لا يستجيب لاسمه)، وقد يشتبه أنه مصاب بالصمم ولكن غالبا ما يستبعد ruled out. في خلال السنة الثانية تصبح السلوكيات الغريبة والمتكررة وانعدام اللعب العادي أكثر وضوحا، ونظرا لأن العديد من الأطفال الصغار خلال نموهم العادي لديهم تفضيلات قوية ويستمتعون بالتكرار (على سبيل المثال، تناول نفس الطعام، ومشاهدة نفس الفيديو عدة مرات)، أن تمييز السلوكيات المحدودة والمتكررة التي تشخص اضطراب طيف التوحد يمكن أن تكون صعبة في مرحلة ما قبل المدرسة. ويستند التمييز الإكلينيكي على نوع، وتكرار، وشدة (كثافة) السلوك (على سبيل المثال، الطفل الذي يصف الأشياء يوميا لساعات ويغضب جدا إذا تم تحريك أي منها).

اضطراب طيف التوحد ليس اضطراب انتكاسي أو تراجعي، فمن المعتاد استمرار التعلم والتعويض طوال الحياة. فالأعراض غالبا ما تكون أكثر وضوحا في مرحلة الطفولة المبكرة وسنوات الدراسة الأولى، مع تحقيق مكاسب التطور العادية في الطفولة المتأخرة على الأقل في بعض النواحي (مثل ازدياد الاهتمام بالتفاعل الاجتماعي)، وهناك نسبة صغيرة من الأفراد يتدهورون سلوكيا خلال فترة المراهقة، في حين أن معظم الآخرين يتحسنون، فقط قلة قليلة من الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد يعيشون ويعملون بشكل مستقل في مرحلة البلوغ، أما

أولئك الذين يميلون إلى أن يكون لديهم قدرات لغوية وعقلية عالية يكونوا قـادرين على إيجاد البيئة الملائمة التي تتطابق مع اهتماماتهم الخاصة ومهاراتهم، وبـشكل عام، فإن الأفراد ذوي الضعف البسيط ربما يكونوا أكثر قدرة على العمـل بـشكل مستقل، ومع ذلك، حتى هؤلاء الأفراد قد يظلون سذجا اجتماعيا وضعفاء، ويظـل لديهم صعوبات في تنظيم المطالب العملية دون مساعدة، ويكونوا عرضـه للقلـق والاكتئاب.

الكثير من البالغين أفادوا باستخدام استراتيجيات التعـويض وآليـات التـأقلم والتكيف لإخفاء الصعوبات التي يواجهونها في العلن ولكنهم يعانون عـن الـضغط والإجهاد للحفاظ على واجهة مقبولة اجتماعيا، نادرا ما عرف شيء عن الشيخوخة في اضطراب طيف التوحد.

بعض الأفراد يأتون إلى التشخيص الأولي في مرحلة البلـوغ، ربما الـدفع بتشخيص التوحد لدى الطفل في الأسرة وأما انهيار العلاقات في العمل أو المنزل، لذا فأن الحصول على التاريخ النمائي مفصل في مثل هذه الحالات قد يكـون مـن الصعب، وأنه من المهم أن نأخذ بعين الاعتبار صعوبات التقرير الذاتي. وعنـدما تشير الملاحظة الإكلينيكية إلى استيفاء المعايير حاليا قد يتم تـشخيص اضـطراب طيف التوحد، شريطة أن لا يكون هناك أي دليـل علـى المهـارات الاجتماعيـة والتواصل الجيد في مرحلة الطفولة، على سبيل المثال، فإن التقريـر (مـن قبـل الوالدين أو قريب آخر) أن الفرد لديه صداقات متبادلة عادية ومستمرة ومهـارات تواصل غير لفظية جيدة طوال مرحلة الطفولة يتم ستبعد تشخيص اضطراب طيف التوحد. ومع ذلك، فإن عدم وجود المعلومات النمائية في حد ذاته يجـب ألا يـدفع نحو تشخيص اضطراب طيف التوحد.

مظاهر الضعف في التواصل الاجتماعي والسلوكيات المحدودة/ المتكررة التي تحدد اضطراب طيف التوحد تكون واضحة في فترة النمو في عمر متقدم، التـدخل أو التعويض، فضلا عن الدعم الحالي، قد يخفون هذه الصعوبات على الأقـل فـي بعض السياقات أو النواحي. ومع ذلك، تبقى "الأعراض كافية لتسبب ضعف حـالي في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو المجالات الأخرى الهامة من الأداء.

عوامل الخطر والتنبؤ Risk and Prognostic Factors :

أفضل أنشاء لعوامل التنبؤ فيما يتعلق بإصابة شخص ما باضـطراب طيـف التوحد هو وجود أو عدم وجود الإعاقات الفكرية واللغوية (على سبيل المثال، اللغة

الوظيفية هي عند عمر ٥ سنوات « علامة تنبؤ جيدة)، بالإضافة إلى مشاكل الصحة العقلية: الصرع، كتشخيص مرضي مصاحب، ويرتبط مع إعاقة فكرية أكبر وقدرة لغوية أقل.

بيئيا. مجموعة متنوعة من عوامل الخطر غير محددة، مثل سن الوالدين المتقدم، وانخفاض الوزن عند الولادة، أو تعرض الجنين لفالبروات valproate يمكن أن تسهم في خطر الإصابة باضطراب طيف التوحد.

وراثيا/جينيا وفيسيولوجيا. تقديرات التوريث لاضطراب طيف التوحد تراوحت ما بين ٣٧٪ إلى أعلى من ٩٠٪، على أساس معدلات توافق التوأم. حاليا، يبدو أن ما لا يقل عن ١٥٪ من حالات اضطرابات طيف التوحد تترافق مع طفرة جينية معروفة، مع اختلاف عدد نسخ بدائل دي نوفو de novo أو طفرات دي نوفو في جينات معينة ترتبط مع الاضطراب في عائلات مختلفة. ولكن، حتى عندما يرتبط اضطراب طيف التوحد مع طفرة جينية معروفة، فإنه لا يبدو أنه متوغل بشكل كامل. أما باقي الحالات فإن الخطر الباقي الذي يواجههم يبدو أنه جيني (عديدة الجينات) polygenic، وربما مئات المواضع الجينية تقدم مساهمات صغيرة نسبيا.

قضايا التشخيص المتعلقة بالثقافة السائدة Culture-Related Diagnostic Issues:

الاختلافات الثقافية سوف توجد في معايير التفاعل الاجتماعي والتواصل غير اللفظي، والعلاقات، ولكن الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من ضعف ملحوظ تجاه معايير سياقهم الثقافي، فالعوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية قد تؤثر في التشخيص فيما يتعلق بالعمر. فعلى سبيل المثال، في الولايات المتحدة، قد يحدث التشخيص أو يكون في مرحلة التشخيص underdiagnosis باضطراب طيف التوحد في وقت متأخر بين الأطفال الأمريكيين من أصل أفريقي.

قضايا التشخيص المتعلقة بالنوع Gender-Related Diagnostic Issues:

يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد في الذكور أكثر من الإناث بأربعة أضعاف، وفي العينات الإكلينيكية تميل الإناث إلى أن تكون أكثر عرضة لإظهار الإعاقة الفكرية المصاحبة، مما يشير إلى أن الفتيات بدون هذه الإعاقات الفكرية المصاحبة أو التأخر اللغوي قد لا يتم تشخيصهم، وربما بسبب عدم ظهور الصعوبات الاجتماعية وصعوبات التواصل بشكل ملحوظ.

النتائج/ الآثار الوظيفية المترتبة على اضطراب طيف التوحد

Functional Consequences of Autism Spectrum Disorder

في الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، فإن نقص القدرات الاجتماعية والتواصلية قد يعيق التعلم، خاصة التعلم من خلال التفاعل الاجتماعي أو في التأقلم أو التكيف مع الأقران.

وفي المنزل تجد الإصرار على الروتين وكراهية التغيير، بالإضافة إلى الحساسية الحسية؛ قد تتداخل مع الأكل والنوم وتقديم الرعاية الروتينية يكون في غاية الصعوبة (على سبيل المثال، قص الشعر، العناية بالأسنان). وعادة ما يتم قياس المهارات التكيفية بشكل أقل من قياس الذكاء.

أن الصعوبات البالغة في التخطيط، والتنظيم، والتأقلم مع التغيير يؤثروا سلبا في التحصيل الدراسي؛ حتى بالنسبة للطلاب ذوي الذكاء فوق المتوسط، وخلال مرحلة البلوغ، قد يواجه هؤلاء الأفراد صعوبات في توفير الاستقلالية بسبب استمرار صلابة أو الجمود والصعوبة مع الأشياء الجديدة.

العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، حتى بدون إعاقة فكرية يعانون من ضعف الأداء النفس – اجتماعي كما في جداول العيش مثل العيش المستقل والتوظيف براتب. الآثار الوظيفية في سن الشيخوخة غير معروفة؛ ولكن العزلة الاجتماعية ومشاكل التواصل (على سبيل المثال: قلة طلب المساعدة) من المحتمل أن تكون الآثار صحية في المراحل المتقدمة من البلوغ.

التشخيص الفارق Differential Diagnosis :

متلازمة رت Rett syndrome: يمكن ملاحظة اختلال التفاعل الاجتماعي خلال مرحلة النكوص أو الارتداد أو التراجع لمتلازمة رت (عادة بين ١-٤ سنوات من العمر). وبالتالي، فإن نسبة كبيرة من الفتيات الصغيرات المصابين قد يظهرون أعراض تتفق مع المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد. ومع ذلك، وبعد هذه الفترة، فإن معظم الأفراد المصابين بمتلازمة رت تتحسن مهاراتهم في التواصل الاجتماعي وعليه فان سمات التوحد لم تعد مجالا رئيسيا للقلق، وبناء على ذلك، يجب وضع اضطراب طيف التوحد في الاعتبار فقط عندما يتم استيفاء جميع معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد.

الخرس الاختياري Selective mutism: في الخرس الاختيار مرحلة النمو المبكر لا تكون مزعجة عادة، فالطفل المصاب يظهر عادة مهارات تواصل ملائمة

في بعض السياقات والأوضاع. حتى في الأوضاع التي يكون فيها الطفل صامتًا لا يتكلم، فإن التبادلية الاجتماعية لا تتأثر أو تضعف، ولا تظهر أنماط محدودة أو متكررة من السلوك.

اضطرابات اللغة واضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) **Language disorders and social (pragmatic) communication disorder**: في بعض أشكال اضطرابات اللغة، قد يكون هناك مشاكل في التواصل وبعض الصعوبات الاجتماعية الثانوية. ومع ذلك، فإن اضطراب اللغة المحدد لا يرتبط عادة مع تواصل غير لفظي غير طبيعي، ولا مع وجود أنماط محدودة ومتكررة من السلوك والاهتمامات أو الأنشطة.

فعندما يظهر الفرد ضعف في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي ولكن لا تظهر السلوكيات أو الاهتمامات المحدودة والمتكررة، فإن هذا قد يوافق معايير اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي)، بدلا من اضطراب طيف التوحد. إن تشخيص اضطراب طيف التوحد يحل محل اضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) متى توافرت معايير اضطراب طيف التوحد، ويجب الحرص بعناية على الاستفسار بشأن السلوكيات المحدودة والمتكررة في الماضي أو في الحاضر.

الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) بدون اضطراب طيف التوحد **Intellectual disability (intellectual developmental disorder) without autism spectrum disorder**: الإعاقة الذهنية بدون التوحد ربما من الصعب تمييزها عن التوحد في الأطفال الصغار جدا. فالأفراد ذوي الإعاقة الفكرية الذين لم تتطور لديهم المهارات اللغوية أو الرمزية يمثلون أيضا تحديا أمام التشخيص الفارق، لأن تكرار السلوك غالبا ما يحدث لدى هؤلاء الأفراد أيضا. إن تشخيص اضطراب طيف التوحد في الفرد ذوي الإعاقة الفكرية ملائم عندما يعانون من الضعف بشكل ملحوظ في التواصل والتفاعل الاجتماعي بالنسبة إلى مستوى نمو المهارات غير اللفظي لدى الفرد نفسه (على سبيل المثال، المهارات الحركية الدقيقة، وحل المشكلات غير اللفظية)، وفي المقابل، الإعاقة الفكرية هي التشخيص الملائم عندما لا يكون هناك تناقض واضح بين مستوى المهارات الاجتماعية والمهارات الفكرية الأخرى.

اضطراب الحركة النمطي **Stereotypic movement disorder**: الحركات النمطية هي من بين الخصائص التشخيصية لاضطراب طيف التوحد، لذلك فإن التشخيص الإضافي بشأن اضطراب الحركة النمطي لا يعطى عندما يتم تفسير هذه

السلوكيات المتكررة بشكل أفضل من خلال وجود اضطراب طيف التوحد. ومع ذلك، عندما تسبب النمطية إيذاء للذات وتصبح موضع علاج، قد يكون من المناسب إعطاء كلا التشخيصين.

اضطراب تشتت الانتباه/ النشاط المفرط **Attention-deficit/ hyperactivity disorder**: الانتباه غير العادي (تركيزاً مفرطاً أو التشتت بسهولة) شائع لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، تماماً كالنشاط المفرط. وينبغي النظر في تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط (ADHD) عندما تكون صعوبات الانتباه أو فرط النشاط يفوق ما يرى عادة لدى الأفراد من نفس العمر العقلي.

الفصام **Schizophrenia**: يظهر في مستهل مرحلة الطفولة وعادة ما يتطور بعد فترة نمو طبيعية، أو قريبة من الطبيعي. وقد وصفت حالة تحذيرية prodromal [١] تم وصفها عندما يحدث ضعف الاجتماعي واهتمامات غير عادية ومعتقدات، والتي يمكن أن تسبب الخلط بينه وبين العجز الاجتماعي الذي نراه في اضطراب طيف التوحد. الهلاوس والضلالات، والتي تحدد سمات الفصام، ليست سمات اضطراب طيف التوحد. ومع ذلك، يجب على الأطباء أن يأخذوا في الاعتبار احتمالية أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد قد يكونوا جامدين فيما يتعلق بتفسيرهم للأسئلة المتعلقة بالسمات الرئيسية لمرض الفصام (على سبيل المثال، "هل تسمع أصواتاً عندما لا يكون أحد موجوداً؟" "نعم [على الراديو]").

الاضطرابات المصاحبة Co-morbidity:

كثيراً ما يرتبط اضطراب طيف التوحد مع القصور الفكري واضطراب اللغة البنائي (أي عدم القدرة على فهم وبناء الجمل مع قواعد اللغة الصحيحة)، والتي ينبغي أن يلاحظ في إطار المحددات ذات الصلة إذا لزم الأمر. فالعديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد لديهم أعراض الأمراض النفسية التي لا تشكل جزءاً من المعايير التشخيصية للاضطراب (حوالي ٧٠٪ من الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد قد يكون لديه اضطراب عقلي واحد مصاحب، ويمكن أن يكون ٤٠٪ لديهم اضطرابين أو أكثر من الاضطرابات العقلية المصاحبة). عندما يتم استيفاء المعايير لكل من اضطراب نقص الانتباه/ فرط

١- Prodrome: تعني نذير مرض. اصطلاح طبي للأعراض المبكرة أو البوادر الممهدة، أي الأعراض التمهيدية لمرض معين. عرض تحذيري مبكر لاضطراب قادم أو مقبل. عرض مبكر أو محذر من مرض أو اضطراب.

النشاط ADHD واضطراب طيف التوحد يجب إعطاء كلا التشخيصين. ونفس المبدأ ينطبق على التشخيصات المتزامنة لاضطراب طيف التوحد واضطراب التناسق النمائي، واضطرابات القلق، واضطرابات الاكتئاب.

والتشخيصات المرضية الأخرى المصاحبة، بالنسبة للأفراد الذين لا يتكلمون أو لديهم ضعف أو قصور في اللغة، فإن الإشارات أو العلامات التي يمكن ملاحظتها مثل التغيرات في النوم أو تناول الطعام وزيادة في السلوك التحدي، هذه الإشارات أو العلامات يجب أن تؤدي إلى تقييم للقلق أو الاكتئاب. إن صعوبات التعلم المحددة (القراءة والكتابة والحساب) شائعة، كما في اضطراب التناسق النمائي، وتجدر الإشارة إلى أن الظروف الطبية المرتبطة عادة مع اضطراب طيف التوحد ينبغي وضعها تحت المحدد "مترافق مع حالة طبية/ وراثية معروفة أو حالة بيئية/ مكتسبة" وتشمل مثل هذه الظروف الطبية (الصرع، ومشاكل النوم، والإمساك، إن اضطراب تناول الطعام المحدود التجنبي Avoidant-restrictive food intake disorder [1] هو مظهر متكرر إلى حد ما في اضطراب طيف التوحد، وقد تستمر تفضيلاتهم الغذائية صارمة وضيقة.

١ اضطراب تناول الطعام المحدود - التجنبي (Avoidant-restrictive food intake disorder (ARFID، المعروف أيضًا باسم اضطراب الأكل الانتقائي (selective eating disorder (SED)، هو اضطراب في الأكل يمنع فيه استهلاك أو تناول بعض الأطعمة. وغالبًا ما ينظر إليه على أنه فترة في مرحلة الطفولة يتم التغلب عليها عادة مع التقدم في السن، ولكن بعض الناس قد لا يستطيعون التخلص من هذا الاضطراب، ومع ذلك، يمكن أن يستمر اضطراب الأكل الانتقائي حتى في الكبر وطوال حياتهم.

جدول (٩)
تقييم مستوى شدة الأعراض الخاص
باضطراب طيف التوحد واضطرابات التواصل الاجتماعي
نسخة الفاحص (APA,2013)

الاسم:	العمر: ....
الجنس: ذكر ○ أنثى ○	التاريخ: / /

يستخدم تقييم مستوى شدة الأعراض من قبل الفاحصين لتحديد مستوى تأثير الأعراض السلوكية على أداء الفرد اليومي ومستوى الدعم المطلوب تقييمه كنتيجة إلى:

أ – أية مشاكل في التواصل الاجتماعي.

ب – أية اهتمامات محدودة وسلوكيات نمطية.

للفرد المشخص بـ (حدد بوضع إشارة "✓" أمام الاضطراب الذي ينطبق على الفرد المتلقي للرعاية)

☐ اضطراب طيف التوحد

أو

☐ **اضطراب التواصل الاجتماعي**

وفقا لجميع المعلومات المتوفرة لديك حول الفرد المتلقي للرعاية وباستخدام حكمك الإكلينيكي، قم بتقدير كل من مشكلات التواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية والاهتمامات المحدودة والتي تظهر لدى الفرد خلال الأيام السبعة الماضية:

البعد	**المستوى (٠)** ☐	**المستوى (١)** ☐	**المستوى (٢)** ☐	**المستوى (٣)** ☐
التواصل الاجتماعي: تقيم مستوى التأثير على أداء الفرد والدعم المطلوب نتيجة لعجز التواصل الاجتماعي لهذا الشخص.	**لا يوجد**	**بسيط** **يتطلب دعم** (أي بدون الدعم في مكان، والعجز في التواصل الاجتماعي يسبب إعاقة ملحوظة. لديه صعوبة في البدء بالتفاعلات الاجتماعية وهناك أمثلة واضحة من الاستجابات غير العادية (غريبة) أو غير الناجحة	**متوسط** **يتطلب دعم كبير** (أي عجز ملحوظ في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية؛ الإعاقات الاجتماعية واضحة حتى مع الدعم في مكان؛ بدء محدود من التفاعلات	**شديد** **يتطلب دعم كبير جدا** (أي العجز الشديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية تسبب إعاقات شديدة في الأداء؛ بدء محدود جدا من التفاعلات

البعد	المستوى (٠)	المستوى (١)	المستوى (٢)	المستوى (٣)
		المبادرات الاجتماعية من الآخرين. قد يبدو لديه قلة اهتمام بالتفاعلات الاجتماعية.	الاجتماعية وقلة أو استجابة غير طبيعية للمبادرات الاجتماعية مع الآخرين)	الاجتماعية والاستجابة بالحد الأدنى للمبادرات الاجتماعية مع الآخرين)
السلوكيات النمطية والاهتمامات الضيقة: تقيم مستوى التأثير على أداء الفرد والدعم المطلوب نتيجة للسلوكيات النمطية والاهتمامات المحدودة لهذا الشخص.	☐ **لا يوجد**	☐ **بسيط** **يتطلب دعم** (أي الطقوس والسلوكيات المتكررة والتي تؤثر بشكل كبير على أداء الفرد في سياق (موقف/ بيئة) واحد أو أكثر من سياق (مواقف/ بيئات متعددة). ويقاوم الفرد محاولات من قبل الآخرين لقطع أو اعتراض هذه السلوكيات أو الطقوس أو إعادة توجيهه من تركيز اهتمامه).	☐ **متوسط** **يتطلب دعم كبير** (أي الطقوس والسلوكيات المتكررة و/ أو انشغالات و/ أو يظهر تركيز الاهتمام في كثير من الأحيان مما يكفي ليكون واضحا للملاحظ العادي يؤثر على الأداء في مجموعة متنوعة من السياقات. البكاء أو الصراخ أو الضيق أو الإحباط يكون واضح إذا ما قطعت أو اعترضت هذه الطقوس أو السلوكيات المتكررة، وصعوبة لإعادة توجيهه من تركيز اهتمامه).	☐ **شديد** **يتطلب دعم كبير جدا** (أي، الانشغالات، والطقوس الثابتة و/ أو السلوكيات المتكررة تؤثر بشكل ملحوظ على الأداء في جميع المجالات بكاء أو صراخ أو ضيق ملحوظ عندما تقطع أو تعترض هذه الطقوس أو الروتين، ومن الصعب جدا إعادة توجيهه من تركيز اهتمامه أو العودة إليه بسرعة).

جدول (٧)

يوضح التشخيص الفارق لاضطراب طيف التوحد

اضطراب طيف التوحد، الذي يتميز بالعجز المستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة، يرافقه أنماط محدودة ومتكررة من السلوك، أو الاهتمامات، أو الأنشطة، يجب تفريقها عن...	وعلى النقيض من اضطراب طيف التوحد.....
اضطراب رت Rett's Disorder	يشمل خلل في التفاعلات الاجتماعية خلال مرحلة نكوص/تراجع في هذه الحالة العصبية (فيما بين عمر سنة و٤ سنوات)، والذي يتميز أيضا بتباطؤ في نمو الرأس، وفقدان حركات اليد، وضعف التناسق.
الفصام Schizophrenia	الفصام البادئ في الطفولة عادة ما يتطور بعد فترة طبيعية، أو شبه طبيعية من النمو. ويمكن أن تتسم حالة الفصام المنذرة Schizophrenia prodromal بالتعرض الضعف الاجتماعي والاهتمامات والمعتقدات غير العادية، والتي يمكن الخلط بينها وبين القصور الاجتماعي الموجود في اضطراب طيف التوحد. الهلاوس والضلالات، والتي تحدد ملامح الفصام، لا توجد في اضطراب طيف التوحد.
الصمت الاختياري Selective Mutism	يتميز بظهوره الطبيعي في وقت مبكر وأداء التواصل الاجتماعي المناسب في بعض السياقات "آمنة" والأماكن/المواقع (على سبيل المثال في المنزل مع والديه).
اضطراب اللغة Language Disorder	يتميز بضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي، وعدم محدودية التفرد بالاهتمامات والسلوكيات.

اضطراب طيف التوحد (تمييزاً له عن اضطراب التواصل [عملي] الاجتماعي) Autism Spectrum Disorder tas distinguished from Social [Pragmatic] Communicatiom Disorder)	يتميز بأنماط محدودة ومتكررة من السلوك، أو الاهتمامات، أو الأنشطة بالإضافة إلى قصور في التواصل الاجتماعي؛ في حين اضطراب التواصل (العملي) الاجتماعي، الأنماط المحدودة، أو المتكررة من السلوك، أو الاهتمامات، أو الأنشطة تكون غير موجودة/ غائبة.
اضطراب التواصل (العملي) الاجتماعي Social (Pragmatic) Communica-tion Disorder	يتميز ضعف في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي بدون سلوكيات أو اهتمامات محدودة ومتكررة من خصائص اضطراب طيف التوحد.
الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)	ينطوي على ضعف عام في الأداء الفكري، لا يوجد أي تناقض بين مستوى المهارات التواصلية الاجتماعية والمهارات الفكرية الأخرى. تشخيص اضطراب طيف التوحد في الفرد مع الإعاقة الفكرية هو المناسب عندما يكون هناك ضعف ملحوظ في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي بالنسبة إلى مستوى تطور المهارات غير اللفظية للفرد.

5

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

مقدمة :

لقد مر اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بمراحل تطويرية وقد أطلق عليه عدة أسماء مثل الفوضى Disruption والعناء أو التململ Restless (القاضي، ٢٠١١: ١٩).

ويرجع وصف هذا الاضطراب إلى العهد اليوناني القديم حيث كان الطبيب اليوناني جالين Galen يصف الدواء لأطفال ذوي النشاط الحركي المفرط من أجل تهدئتهم (مسلم، ٢٠٠٦: ١٧).

ويعد (وليم جيمس، ١٨٩٠) من أوائل علماء النفس الذين اهتموا بدراسة عملية الانتباه وتوصل إلى نتيجة مفادها أن الانتباه عملية وظيفية تتجلى في التركيز على مثير معين بالوقت نفسه ولا يمكن توزيع الانتباه على أكثر من مثير إلا في حالة كون أحدهما مألوفا واعتياديا بالنسبة للفرد (الزغول والهنداوي، ٢٠٠٢: ١٢٩).

كما أشار جورج ستيل (George F.still ,1902) إلى ذلك بذوي العجز في السيطرة على الروح المعنوية والمقصود بذلك هو العجز في القدرة على ضبط الذات.

وقد زاد الاهتمام الطبي في السلوكيات المتصلة بفرط الحركة وعجز الانتباه فقد لوحظ وجود مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر في الدماغ مثل الأورام والأمراض المعدية والإصابات المختلفة والتي تؤدي بدورها إلى حدوث مشكلات في السلوك والتعلم، وقد صرح تردغولد، ١٩٠٨ (Tredgold) بأنه في حالات الإصابة الدماغية البسيطة خلال الولادة فإن الأعراض الأولية تتلاشى بسرعة وتعود للظهور عندما يبدأ الطفل تعليمه المدرسي دالة على وجود عجز ما، وعلى الرغم من التجاهل الكبير لما جاء به "تردغولد" في الأربعين سنة التالية، تواصل تنامي الاهتمام في تأثير الإصابة الدماغية على السلوك، فقد أصيب عدد كبير من الأطفال بحمى الالتهاب الدماغي أو التهاب السحايا بين عامي ١٩١٧–١٩١٨ لفت الانتباه إلى مشكلات السلوك التي أظهرها عدد كبير من الأطفال عقب الإصابة تلك، فقد اتسمت اضطرابات السلوك لدى أولئك الأطفال بالتهيج والاندفاعية وفرط الحركة، وعدم الاستقرار الوجداني، والسلوكيات العدوانية.

وقد أعد "ستراوس Strauss" الاهتمام خلال الأربعينيات بنظرة تردغولد" حيث كان "ستراوس" يدرس "الأفراد ذوي الإصابات الدماغية وخرج بفرضية أن كل الأفراد الذين يظهرون المشكلات السلوكية والتعليمية لابد أنه قد لحقت بهم إصابات دماغية "تلف دماغي بسيط"، وفي الستينات تغير مصطلح "تلف دماغي بسيط" إلى "خلل دماغي بسيط" إذ يعرف على أنه اضطراب متغاير أو غير متجانس في خصائصه كان يشمل الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية وكذلك الأطفال المصابين بعجز الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية.

وفى نهاية الحرب العالمية الثانية كان هناك العديد من الجرحى الذين أصيبوا في الدماغ مما نتج عنه ظهور حالات كثيرة تعاني من مشكلات في الانتباه والتعلم والأرق والسلوك الاندفاعي وقد أطلق على هذه الأعراض زملة ستروس Straus Syndrome وبعد إجراء أبحاث عديدة تم إعادة وصف الاضطراب بأنه خلل بسيط في وظائف المخ لدى الأطفال (القاضي،٢٠١٦: ٢٠).

ثم ظهر اتجاه يرى أن هذا الاضطراب هو اضطراب سلوكي واستخدم مصطلح اضطراب قصور الانتباه في الدليل التشخيصي الإكلينيكي الأمريكي الطبعة الثانية ثم حدث تطور في التسمية في الطبعة الثالثة من الدليل ووصف هذا الاضطراب في فئتين تسمى الأولى اضطراب نقص الانتباه مع النشاط الزائد والأخرى تسمى اضطراب نقص الانتباه بدون نشاط زائد وبقي الاضطراب يحمل هذا المسمى حتى أجري تعديل على الدليل التشخيصي الإكلينيكي الأمريكي في الطبعة الثالثة DSM-R عام (١٩٨٧) وطلق عليه اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واستمرت هذه التسمية في الطبعة الرابعة ثم جاء الإصدار الأخير للدليل التشخيصي الإحصائي DSM-IV عام (١٩٩٤) صنف هذا الاضطراب تحت ثلاثة أنماط متمثلة فيما يلي:

١- النمط الذي يسود فيه نقص الانتباه Inattentive Type:

وفيه يسود سلوك نقص الانتباه بشكل أكبر من سلوك الحركة المفرطة والاندفاع.

٢- النمط الذي تسود فيه الحركة المفرطة Hyperactivity Type : وفيه يسود الحركة المفرطة والاندفاعية بشكل أكبر من سلوك عدم الانتباه.

٣- النمط المشترك Combined Type:

وفيه تظهر على سلوك الطفل الأنماط الثلاثة معا أي قصر الانتباه والحركة المفرطة والاندفاع.

ووفقا للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية فإن اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصر الانتباه هو اضطراب نمائي يظهر خلال مرحلة الطفولة، وفي كثير من الحالات يظهر قبل سن ٧ سنوات؛ ويوصف بمستويات نمائية غير مناسبة في جانب الانتباه البصري والسمعي/ أو سلوك النشاط الزائد والاندفاعية (عليم، ٢٠١١: ١٧٧). ويتميز اضطرب نقص الانتباه فرط النشاط بوجود ثلاثة أنماط أساسية وهي:

أولا: نمط نقص الانتباه:

وهو عبارة عن هيمنة سلوك عدم الانتباه على الطفل بشكل أكبر من سلوك الحركة المفرط والاندفاع، ويقصد به صعوبة تركيز الانتباه لفترة زمنية معينة عند ممارسة الأنشطة المختلفة (معوض، ٢٠١١: ٨٢٩).

حيث يتصف هؤلاء الأطفال بأن المدة الزمنية لدرجة انتباههم قصيرة فلا يستطيعوا أن يستمروا حتى الانتهاء من نشاط أو لعبة فالحقيقة أنهم يحاولون الانتباه ولكن هناك مؤثرات داخلية وخارجية تؤدي إلى تشتت انتباههم (سيسالم، ٢٠٠١: ٢٣).

ويعتمد تشخيص هذا النمط على وجود ستة أعراض أو أكثر من أعراض نمط قصور الانتباه وأقل من ستة أعراض عن نمط النشاط الزائد والاندفاعية ويجب أن تستمر هذه الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل وأعراضه هي:

١- غالبا ما يجد الطفل صعوبة في الانتباه للتفاصيل أو يرتكب أخطاء تدل على الإهمال أثناء أداء الواجبات المدرسية أو العمل أو الأنشطة الأخرى.
٢- غالبا ما يجد الطفل صعوبة في تركيز انتباهه لمدة طويلة على المهام أو أنشطة اللعب.
٣- غالبا ما يجد الطفل صعوبة في عمليات الإنصات عندما يوجه إليه الحديث مباشرة.
٤- غالبا لا يتابع الطفل شرح المعلم لأنه لا يستطيع... في إنهاء الأعمال المدرسية والواجبات التي بدأها.
٥- غالبا ما يجد الطفل صعوبة في تنظيم الأنشطة.
٦- غالبا ما يتجنب الطفل أو يكره المشاركة في الأنشطة التي تتطلب جهد عقلي مستمر.
٧- غالبا ما ينسى الطفل الأشياء الضرورية اللازمة لأداء المهام والأنشطة مثل الأقلام والكتب والأدوات الأخرى.

٨- يتشتت انتباه الطفل بسهولة بسبب المنبهات الخارجية.

٩- غالبا ما ينسى الطفل أداء الأنشطة اليومية المعتادة (DSM IV,2002).

ثانيا: نمط النشاط الزائد والاندفاعية:

وهو عبارة عن هيمنة سلوك الحركة المفرط وظهوره بشكل أكبر من سلوك عدم الانتباه ويقصد به عدم قدرة الطفل على الاستقرار، والحركة الزائدة وسهولة الاستثارة الانفعالية، والقيام بحركات عصبية غير منظمة (سيسالم، ٢٠٠١: ٢٢).

ويتصف هؤلاء الأطفال بأنهم لا يستطيعون أن يبقوا في مكانهم أو مقاعدهم لفترة من الزمن وعادة ما يتسلقون ويجرون في كل مكان في البيت، في السوق وباختصار يوصف هؤلاء الأطفال بأنهم لا يهدئون أبداً (مرهج، ٢٠٠١: ٢٧٤).

ويعتمد تشخيص هذا النمط على وجود ستة أعراض أو أكثر من أعراض نمط النشاط الزائد والاندفاعية وأقل من ستة أعراض من نمط نقص الانتباه ويجب أن تستمر الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل وأعراض هذا النمط هي:

أعراض النشاط الزائد:

١- غالباً ما يتململ الطفل في مقعده ويقوم بحركات عصبية بيديه ورجليه.

٢- غالباً ما يترك الطفل مقعده في حجرة الدراسة أو في الأوضاع الأخرى ولا يبقى جالساً.

٣- غالباً ما يجري الطفل ويتسلق الأشياء بشكل غير ملائم.

٤- غالباً ما يجد الطفل صعوبة في اللعب أو ممارسة الأنشطة الترفيهية بهدوء.

٥- يندفع الطفل بسرعة كبيرة أثناء تحركه وتنقله من مكان لآخر.

٦- غالباً ما يتحدث الطفل بشكل مفرط (DSM-IV).

أعراض الاندفاعية:

ويقصد بها ميل الطفل إلى التسرع في الاستجابة دون تفكير مسبق وانتقاله بسرعة من عمل إلى آخر قبل إكمال العمل الأول ومقاطعته للآخرين في كثير من الأحيان (معوض، ٢٠١١: ٢٨٩) وأعراضه هي:

١- غالباً ما يجيب الطفل عن الأسئلة قبل استكمالها.

٢- غالباً لا يستطيع الطفل انتظار دوره.

٣- غالباً ما يقاطع الطفل الآخرين ويتدخل في حديثهم.

ثالثا: نمط الأعراض المجتمعة:

وهذا النمط يشمل الأعراض الثلاثة: نقص الانتباه، الاندفاعية والنشاط الزائد.

وهو عبارة عن تلازم ظهور وهيمنة الأشكال الثلاثة معاً أي قصور الانتباه والحركة والاندفاع على سلوك الطفل (سيسالم، ٢٠٠١: ٢١).

ويعتمد تشخيص هذا النمط على وجود ستة أعراض أو أكثر من أعراض نمط قصور الانتباه وكذلك وجود ستة أو أكثر من أعراض نمط النشاط الزائد والاندفاعية وتستمر هذه الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل.

وفي ضوء ما سبق يمكن تعريف اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بأنه " نشاط زائد مصحوب بعدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة وعدم ضبط النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية جيدة مع الأولياء والمعلمين والزملاء" (مقداد، ٢٠٠٦: ١٩٣)

ويتميز بوجود ثلاثة أعراض أساسية هي: نقص الانتباه، الاندفاعية، وفرط النشاط ويسود فيه ثلاثة أنماط: النمط غير المنتبه، النمط النشط المندفع، النمط المختلط (القاضي، ٢٠١١: ٢٦).

كما يعرف النشاط الزائد بأنه حركات تفوق الحد الطبيعي المعقول، كما يعرف بأنه سلوك اندفاعي مفرط وغير ملائم للموقف وليس له هدف مباشر وينمو بشكل غير ملائم لعمر الطفل ويؤثر سلباً على سلوكه وتحصيله ويزداد عند الذكور أكثر منه عند الإناث (الجعفري، ٢٠٠٨: ٩).

ويعرف أيضاً على أنه نشاط جسمي وحركي حاد ومستمر وطويل المدى لدى الطفل، بحيث لا يستطيع التحكم في حركات جسمه بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة (يحيى، ٢٠٠٠: ١٩٧).

ويعرفه شيفر وميلمان ١٩٨٩ "بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المعقول، مكون من مجموعة اضطرابات سلوكية تنشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية وعضوية معاً، فالنشاط الزائد عبارة عن حركات جسمية عشوائية وغير مناسبة وتكون مصحوبة بضعف في التركيز وقلق وشعور بالدونية وعزلة اجتماعية (الزعبي، ٢٠٠٥: ١٩٤).

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط

Attention Defitict/ Hyperactivity Disorder

في الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية

DSM 5

المعايير التشخيصية **Diagnostic Criteria**:

A- نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة -الاندفاعية التي تتداخل مع الأداء أو التطور كما هو مبين في (١) و/أو (٢):

١ **عدم الانتباه Inattention**: ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية استمرت لمدة لا تقل لمدة ٦ أشهر على الأقل بدرجة لا تتوافق مع مستوى النمو والتي تؤثر سلباً وبشكل مباشر على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية/ المهنية:

ملاحظة: الأعراض ليست فقط مظهرا من مظاهر سلوك المعارضة، التحدي، العدائية، أو عدم فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا والبالغين (١٧ عاما فما فوق)، يطلب مالا يقل عن خمسة أعراض.

a- غالبا ما يفشل في إعطاء الانتباه الشديد للتفاصيل، أو يرتكب الأخطاء بسبب الإهمال في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في الأنشطة الأخرى (على سبيل المثال، يغفل أو يخطئ التفاصيل، العمل غير دقيق).

b- غالبا ما يواجه صعوبة في المحافظة على الانتباه في المهام أو الأنشطة اللعب (على سبيل المثال، يجد صعوبة في المحافظة على التركيز أثناء المحاضرات، والمحادثات، أو القراءة المطولة).

c- غالبا ما يبدو وكأنه لا يستمع عند التحدث إليه مباشرة (على سبيل المثال، يبدو كما لو أن عقله في مكان آخر، حتى في غياب أي تشتيت واضح).

d- غالبا لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء الواجبات المدرسية، الأعمال المنزلية، أو الواجبات في مكان العمل (على سبيل المثال، يبدأ المهام ولكن سرعان ما يفقد التركيز ويُشتت بسهولة).

e- غالبا ما يواجه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (على سبيل المثال، الصعوبة في إدارة المهام المتسلسلة، صعوبة الحفاظ على المواد والمتعلقات الشخصية مرتبة كما يجب، فوضوي، العمل غير منظم، إدارة سيئة للوقت، والفشل في الالتزام بالمواعيد المحددة).

f- غالبا ما يتجنب، يكره أو غير راغب في المشاركة في المهام التي تتطلب جهد

عقلي متواصل (مثل كالعمل المدرسي أو الواجبات المنزلية؛ بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين، إعداد التقارير، وإكمال النماذج، ومراجعة الأوراق الطويلة).

g- غالباً ما يفقد أو يضيع الأشياء الضرورية واللازمة لممارسة المهام والأنشطة (مثل الأدوات المدرسية، الأقلام، الكتب، المحافظ، المفاتيح، أوراق العمل، الأدوات، النظارات، الهواتف المحمولة).

h- غالباً ما يسهل صرف/تشتيت انتباهه بواسطة مثير خارجي (للمراهقين والبالغين ربما تتضمن أفكار ليست ذات صلة).

i- غالباً ما ينسى الأنشطة اليومية (مثل الأعمال المنزلية، إنجاز المهام، بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين يكون هناك نسيان لإعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، والحفاظ على المواعيد).

٢ **فرط النشاط- الاندفاعية Hyperactivity and Impulsivity**: ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية استمرت لمدة ٦ أشهر على الأقل بدرجة لا تتوافق مع مستوى النمو والتي تؤثر سلباً بشكل مباشر على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية/ المهنية:

ملاحظة: الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر سلوك المعارضة، التحدي، العدائية، أو عدم فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا والبالغين (١٧ عاماً فما فوق)، يتطلب مالا يقل عن خمسة أعراض.

a- غالباً ما يتململ باليدين والقدمين أو ينقر (يخبط/يدق) باليدين والقدمين أو يتحرك (يتلوى) في مقعده.

b- غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يكون متوقعاً منه أن يبقى جالساً (مثل مغادرة مقعده في الصف الدراسي، في المكتب أو أماكن العمل الأخرى، أو في الحالات الأخرى التي تتطلب البقاء في المكان).

c غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف ليس من الملائم فيها فعل ذلك (قد يقتصر الأمر عند المراهقين والبالغين على الشعور بالضيق أو الانزعاج).

d- غالباً غير قادر على اللعب أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية بهدوء.

e غالباً يبدو وكأنه متحفز أو يتصرف كما لو أنه مدفوع بمحرك (على سبيل المثال، غير قادر على الارتياح في وضع يتطلب الثبات لوقت كبير مثل المطاعم والاجتماعات، وقد يصفه البعض بأنهم غير مستقر (لا يهدأ أو يصعب مجاراته).

f غالباً ما يتحدث بإفراط.

g- غالبًا ما يندفع للإجابة قبل اكتمال السؤال (على سبيل المثال، يكمل الجمل للآخرين، وعدم انتظار الدور في الحديث أثناء الحوار).

h- غالبًا ما يجد صعوبة في انتظار دوره (على سبيل المثال، عند الانتظار في الطابور).

i- غالبًا ما يقاطع الآخرين أو يتطفل على الآخرين/ يتدخل في شؤونهم (على سبيل المثال، التدخل في الحوارات والألعاب والأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو الحصول على إذن، أما بالنسبة للمراهقين والبالغين فقد يتدخلون في مهام الآخرين أو يستولون عليها).

B- وجود عدة أعراض لعدم الانتباه وفرط النشاط –الاندفاعية قبل عمر ١٢ سنة.

C- وجود عدة أعراض لعدم الانتباه والمفرط النشاط –الاندفاعية في بيئتين أو أكثر (على سبيل المثال، في البيت، المدرسة أو العمل، مع الأصدقاء أو الأقارب، وفي غيرها من الأنشطة).

D- هناك أدلة واضحة على أن هذه الأعراض تتداخل مع، أو تقلل من جودة الأداء الاجتماعي والأكاديمي أو المهني.

E- لا تحدث الأعراض بشكل حصري في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، اضطراب المزاج، اضطراب القلق، الاضطراب الفصامي، اضطراب الشخصية، أعراض التسمم بمادة أو أعراض الانسحاب من مادة).

تحديد ما إذا كان:

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط النمط المشترك Combined presentation: إذا كان كل من معيار A1 (عدم الانتباه) ومعيار A2 (فرط النشاط – الاندفاعية) مستوفيين في الستة أشهر الماضية.

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط سيطرة نمط نقص الانتباه Predominantly inattentive presentation: إذا المعيار A1 (نقص الانتباه) استوفي ومعيار A2 (النشاط المفرط–الاندفاعية) لم يستوفى في الستة أشهر الماضية.

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط سيطرة نمط فرط النشاط الاندفاعية Predominantly hyperactive/impulsive presentation: إذا لم يستوفى معيار A1 (تشتت الانتباه) واستوفي معيار A2 (فرط النشاط – الاندفاعية) في الستة أشهر الماضية.

حدد إذا كان:

في هداة جزئية: عندما تم استيفاء كافة المعايير سابقا، ولم تتواجد عدد أقل من المعايير الكاملة خلال الستة أشهر الماضية، والتزال الأعراض تسبب ضعف بسيط في الأداء الاجتماعي والأكاديمي أو المهني.

تحديد شدة الحالية:

البسيط: أعراض قليلة (إن وجدت)، والأعراض تتجاوز المطلوب لوضع التشخيص موجودة في الوقت الراهن، وتؤدي الأعراض لضعف طفيف في الأداء الاجتماعي أو المهني.

المتوسط: الأعراض أو الضعف الوظيفي الموجود يقع ما بين "البسيط" و"الشديد".

الشديد: أعراض كثيرة تتجاوز المطلوب لوضع التشخيص، أو العديد من الأعراض شديدة جدا موجودة في الوقت الراهن، أو أن الأعراض تؤدي إلى ضعف أو عجز ملحوظ في الأداء الاجتماعي أو المهني.

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features:

السمة الأساسية لاضطراب قلة الانتباه/ فرط النشاط (ADHD) هو نمط مستمر من نقص الانتباه و/ أو فرط النشاط والاندفاع الذي يتعارض مع الأداء أو التطور. نقص الانتباه Inattention يظهر سلوكيا في ADHD اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة في إهمال المهام، نقص المثابرة، وصعوبة في الحفاظ على التركيز، وعدم التنظيم الغير ناجم عن التحدي أو عدم الفهم. يشير فرط النشاط Hyperactivity إلى النشاط الحركي الزائد (مثل ركض الأطفال يركض) عندما لا يكون ذلك ملائما، أو التململ المفرط fidgeting excessive، والنقر tapping، أو الثرثرة. أما في البالغين، فقد يظهر فرط النشاط في شكل أرق شديد أو في شكل إرهاق الآخرين بالأنشطة التي يقومون بها.

وتشير الاندفاعية Impulsivity إلى اتخاذ أفعال متسرعة والتي تحدث في لحظة دون التدبر أو دون تفكير مسبق والتي قد تشكل خطرا كبيرا محتملا على الفرد (على سبيل المثال، قطع أو عبور الشارع دون النظر). قد تعكس الاندفاعية الرغبة في الحصول على مكافآت فورية أو عدم القدرة على تأخير الإشباع.

السلوكيات المندفعة أو المتهورة قد تظهر في التطفل الاجتماعي social intrusiveness (على سبيل المثال، مقاطعة الآخرين بشكل مفرط) و/ أو اتخاذ

قرارات مهمة دون النظر في العواقب الطويلة الأجل (على سبيل المثال، قبول وظيفة بدون معلومات كافية). يبدأ اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD في مرحلة الطفولة: شرط وجود العديد من الأعراض قبل سن ١٢ عاما يعرب عن أهمية المظاهر الإكلينيكية الأساسية خلال مرحلة الطفولة.

وفي الوقت نفسه، لم يتم تحديد سن مبكر لظهور الأعراض بسبب الصعوبات في التحديد الدقيق لظهور الأعراض في الطفولة. استدعاء البالغين للأعراض في مرحلة الطفولة قد يكون غير موثوق فيه، لذا من المفيد الحصول على معلومات إضافية. يجب أن تكون مظاهر الاضطراب الحالي واضحة في أكثر من موضع واحد (على سبيل المثال، البيت والمدرسة، والعمل). عادة لا يمكن أن يتم تأكيد الأعراض الأساسية عبر هذه المواضع المختلفة بدقة دون استشارة مزودي المعلومات الذين شاهدوا الفرد في هذه المواضع.

عادة، الأعراض تختلف باختلاف السياق ضمن موضع معين، فعلامات الاضطراب قد تكون قليلة جدا أو غير موجودة عندما يتلقى الفرد مكافآت متكررة للسلوك المناسب، ويكون تحت إشراف دقيق، وفي موضع جديد، ومشتركا في أنشطة مثيرة للاهتمام ومشوقة بشكل خاص، ولديه محفزات خارجية ثابتة (على سبيل المثال، شاشات الكترونية)، أو يتفاعل في موقف واحد على واحد (على سبيل المثال، مكتب الطبيب).

الخصائص المصاحبة التي تدعم التشخيص

Associated Feadwes supporting Diagnosis:

التأخر البسيط في اللغة، والحركة، أو التطور الاجتماعي ليست مقتصرة على اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD ولكن غالبا ما [illegible] أو مصاحبة، ويمكن أن تشمل السمات أو الخصائص المصاحبة ضعف تحمل الإحباط، والتهيج أو حدة الطبع irritability، أو تقلب المزاج وحتى في حالة عدم وجود اضطراب التعلم المحدد، غالبا ما يعانون من ضعف الأداء الأكاديمي أو ضعف الأداء على مستوى العمل.

يرتبط سلوك نقص الانتباه مع مختلف العمليات المعرفية الكامنة، فالأفراد ذوي اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD قد يواجهون مشاكل في الإدراك في اختبارات الانتباه والوظائف التنفيذية، أو الذاكرة، على الرغم من أن هذه الاختبارات ليست حساسة أو محددة لتقديم مؤشرات تشخيصية بشكل كاف.

مع بداية سن البلوغ، يرتبط اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD مع زيادة خطر محاولة الانتحار، وبشكل رئيسي عندما يصاحبه اضطرابات المزاج، واضطرابات السلوك، أو تعاطي المخدرات. لا توجد علامة بيولوجية تشخيصية لاضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، وكمجموعة، بالمقارنة مع أقرانهم، نجد أن الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD يظهرون تزايد في الموجات البطيئة على جهاز المخطط الكهربائي للدماغ (رسم المخ) electroencephalograms، وانخفاض إجمالي حجم المخ الكلي على التصوير بالرنين المغناطيسي، وربما تأخر في نضوج القشرة الخلفية والأمامية، ولكن هذه النتائج ليست تشخيصية، في حالات غير شائعة حيث يوجد سبب وراثي معروف (مثل متلازمة X الهش، متلازمة الحذف الكروموسومي 22q11 [1])، فإن

١- متلازمة حذف كروموسوم 22q11 deletion syndrome 22q11، تعرف أيضا متلازمة دي جورج: شاذة دي جورج، متلازمة الحنك والقلب والوجه، متلازمة شبرنتزن، متلازمة كايلر/ شبرنتزن، وهي متلازمة تحدث نتيجة حذف جزء صغير من النصف أو (الكروموسوم) رقم ٢٢ الحذف يحدث بالقرب من منتصف كروموسوم في مكان معين q11.2 أي على الذراع الطويلة من واحد من زوج من الكروموسومات ٢٢، وفي عام ١٩٨٢م اتضح للعلماء كيلي ووصف العلاقة القوية بين التشوهات في الكروموسوم ٢٢ ومتلازمة دي جورج باستخدام تقنية فحص الفلوريسنت Fluorescent In Situ Hybridization أن الحالة ناتجة عن نقص جزئي في الذراع الطويلة لكروموسوم ٢٢ (q11.2) بنسبة ٨٥% من الحالات، أو نقص في الذراع القصيرة لكروموسوم ١٠ في ٥% من الحالات، والسبب الحقيقي وراء هذا النقص غير معروف، ولكنه معروف أنه حدث عند انقسام الخلية عند تكون البويضة أو الحيوان المنوي أي قبل التلقيح. إن معظم حالات متلازمة دي جورج ناتجة عن نقص "طفرة" في كروموسوم ٢٢، وهذا يعني أن الطفل فقط هو الذي لديه نقص بينما كروموسومات الأبوين سليمة. في حوالي ١٠% من الحالات يكون هذا النقص موجود في جميع خلايا الأب أو الأم مع عدم ظهور أعراض واضحة في بعض الأحيان، وفي كلا الحالتين كلما كان هناك احتمال لإنجاب طفل آخر بمتلازمة دي جورج، وهذا ما يعرف بالوراثة السائدة؛ لذلك يجب إجراء تحليل الكروموسومات للوالدين. ويمكن حدوث الحالة نتيجة التعرض لبعض المواد أثناء فترة الحمل كالكحول ومشتقات فيتامين (أ)، والحمل السكري، ويعتقد أن نسبة انتشار الحالة بين حالة لكل ثلاثة آلاف ولادة، ولكن الأعراض لا تكون واضحة في الكثير من الحالات، ويصيب الذكور والإناث بنفس النسبة، ويوجد طفل مصاب بهذا المرض لكل ٦٨ طفل مصاب بعيوب خلقية في القلب، ويولد طفل مصاب بهذا المرض لكل ٢٠٠٠ طفل لديه شق في سقف الحلق، وهناك تفاوت واختلافات كبيرة في أعراض مرض دي جورج من ناحية شدة الإصابة من طفل لآخر، كما الآثار المترتبة عليها أو التي تتم في المستقبل، وعلى العموم يمكن وجود الأعراض التالية بدرجات متفاوتة، حيث تتفاوت الاختلافات كبير بين المصابين بمرض دي جورج من ناحية شدة الإصابة من طفل لآخر، كما الآثار المترتبة عليها أو التي تتم في المستقبل، وعلى العموم يمكن وجود الأعراض التالية بدرجات متفاوتة: الشكل العام غير تشخيصي، ولا يتواجد في جميع الحالات، ومنها: صغر حجم الرأس، بروز الجبهة hypertelorism، صغر حجم الفك micrognathia، صغر حجم الفم fish mouth، ميلان العيون للداخل وللأسفل slant mongoloid، عيوب في صيوان الأذن وصغره، شق الحنك والشفة الأرنبية، قصور الغدة جار الدرقية Para Thyroid Gland حيث أن نقص هرمون الغدة الجار درقية Parathyroid hormone يسبب نقص مستوى الكالسيوم بالدم وارتفاع

مظاهر اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة لا يزال يجب أن يتم تشخيصها.



صور متلازمة حذف كروموسوم 22q11

معدل الانتشار Prevalence :

يشير المسح السكاني بأن اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ADHD يحدث في معظم الثقافات في حوالي ٥% بين الأطفال و٢,٥% بين البالغين.

النمو والدورة الزمنية Development and Course :

يلاحظ العديد من الآباء والأمهات النشاط الحركي المفرط للطفل في بداية سن المشي، ولكن الأعراض يصعب تمييزها عن السلوكيات السوية/ الطبيعية المتغايرة قبل سن الرابعة، وغالبا ما يتم تحديد واكتشاف اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD خلال سنوات المدرسة الابتدائية، ويصبح نقص الانتباه أكثر وضوحا ومسبب للضعف، ويكون الاضطراب مستقرا نسبيا خلال المراهقة المبكرة، لكن بطبيعة الحال يعاني الأفراد لديهم تفاقم في نمو السلوكيات المضادة للمجتمع.

في معظم الأفراد ذوي اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD تصبح أعراض فرط النشاط الحركي أقل وضوحا في مرحلة المراهقة والبلوغ، لكن

ينتج عن هذا نقص في الغدة التيموسية – الغدة الصعترية Thymus Gland ضمور الغدة الصعترية، وتؤدي خلايا تشخيص الصعتور جهاز المناعة الخلوية وهو أحد أسباب الوفاة الفجائية عند كل منهم في مدة عيوب القلب الجراحية في حالة إخفاق عسر التنفس الطبيعي، والطفل يصبح معرضا للإصابة بالالتهابات بشكل أكثر من أقرانه الأسوياء، وتبدو أكثر الزكام والرشح والتهابات الأذنين والتهابات الصدر والمعدة، وقد يتعرضون لموت مفاجئ عند الإصابة بالتهابات شديدة، وكذلك وجود عيوب خلقية في القلب: ثقب أو ضمور أو انقطاع في الشريان الأورطي، انخلاع الشرايين أو أي نوع من العيوب القلبية، وقد يكون هو السبب في البحث عن الحالة وتشخيصها. كما قد يصاب الطفل بمشاكل أخرى كالتشوهات الرئيسة أو تشوهات رئوية، أو صعوبات التعلم.

لاتزال هناك صعوبات في التململ/ الضجر restlessness، نقص الانتباه inattention، سوء التخطيط poor planning، والاندفاعية المستمرة impulsivity persist، وهناك نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD يظلون يعانون من هذا الاضطراب بعض الشيء في مرحلة البلوغ.

في مرحلة ما قبل المدرسة، يكون المظهر الرئيسي هو فرط النشاط hyperactivity، بينما يصبح نقص الانتباه Inattention أكثر وضوحا خلال المدرسة الابتدائية. خلال فترة المراهقة تتمثل علامات فرط النشاط (على سبيل المثال، الركض والتسلق) تكون أقل شيوعا وربما تقتصر على التململ أو شعور الداخلي بالعصبية، والتململ أو الضجر restlessness، أو نفاد الصبر impatience. في البلوغ، وجنبا إلى جنب مع نقص الانتباه والتململ أو الضجر، قد تظل مشكلة الاندفاعية impulsivity حتى مع تناقص مظاهر فرط النشاط.

عوامل الخطر والتنبؤ Risk and Prognostic Factors:

مزاجي Temperamental: يصاحب اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD انخفاض كبح أو قمع السلوك، السيطرة المجهدة أو المتعبة effortful control، أو الإكراه أو الإلزام constraint، العواطف أو الانفعالات السلبية negative emotionality، و/أو البحث عن الأشياء الجديدة بشكل كبير. هذه الصفات ربما تجعل بعض الأطفال عرضة للإصابة باضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ADHD ولكنها ليست محددة أو مميزة لهذا الاضطراب.

بيئي Environmental: انخفاض وزن المولود عند الولادة (أقل من ١٥٠٠ غرام) يرفع خطر الإصابة باضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ADHD ضعفين إلى ثلاثة أضعاف، ولكن معظم الأطفال الذين يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ADHD. على الرغم من أن اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD يرتبط بالتدخين أثناء فترة الحمل، فإن بعض من هذا الارتباط يعكس المخاطر الجينية المشتركة. وهناك قلة من الحالات قد تكون ذات صلة بالتفاعلات مع أوجه النظام الغذائي، كما قد يكون هناك تاريخ من إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم، تعدد المواضع التي تقدم الرعاية للطفل، والتعرض للتسمم العصبي neurotoxin (على سبيل المثال، الرصاص)، والالتهابات أو العدوى infections (على سبيل المثال، التهاب

الدماغ)، أو التعرض للكحول اثناء الحمل. التعرض للسمومات البيئية يرتبط مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ADHD لاحقا، ولكن ليس معروفا ما إذا كانت هذه الإرتباطات هي السبب.

الوراثية والفسيولوجية Genetic and physiological: اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ADHD مرتفع في الأقارب البيولوجيين من الدرجة الأولى. فالوراثة تلعب دورا جوهريا في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، فبالرغم من أن هناك جينات محددة ترتبط باضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ADHD، فأنها ليست ضرورية ولا كافية لتسبب الاضطراب. أن الضعف البصري والضعف السمعي، والعيوب الاستقلابية (الأيضية) metabolic abnormalities، واضطرابات النوم، ونقص التغذية، والصرع ينبغي اعتبارهم المؤثرات المحتملة على أعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD.

ولا يصاحب اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD صفات بدنية محددة، على الرغم من أن معدلات العيوب الجسدية الطفيفة قد تكون مرتفعة نسبيا (على سبيل المثال، الإفراط hypertelorism، حنك شديد التقوس، والأذن المتدلية)، وربما يحدث تأخر في المهارات الحركية الدقيقة والعلامات العصبية الرخوة الأخرى (لاحظ أن عدم الإتقان أو عدم البراعة أو عدم الرشاقة clumsiness والتأخر الحركي يظهران معا بشكل بارز، ويجب أن يتم الترميز (التشخيص) بشكل منفصل (على سبيل المثال، اضطراب التناسق النمائي coordination developmental disorder).

معدلات الدورة/ المسار Course modifiers: أنماط التفاعل الأسري في مرحلة الطفولة المبكرة من غير المرجح أن تسبب اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD ولكنها قد تؤثر على مساره أو تسهم في تنمية ثانوية لمشكلات المسلك.

قضايا التشخيص المتعلقة بالثقافة السائدة Culture-Related Diagnostic Issues:

تظهر الاختلافات في معدلات انتشار اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD عبر الاقاليم وتلك الاختلافات ترجع أساسا إلى الممارسات التشخيصية والمنهجية المختلفة. ومع ذلك، قد يكون هناك أيضا تباين ثقافي في الاتجاهات نحو سلوكيات الاطفال أو تفسيرات هذه السلوكيات. إن معدلات التحديد الإكلينيكي في الولايات المتحدة الأمريكية للسكان الأمريكيين الأفارقة واللاتينيين تميل إلى أن

تكون أقل من السكان القوقازيين. تقدير الأعراض من قبل ناقلي المعلومات ربما يتأثر وقد تتأثر بالمجموعة الثقافية للطفل وناقل المعلومات، مما يشير إلى أن الممارسات الملائمة ثقافيا وثيقة الصلة بموضوع تقييم اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD.

قضايا التشخيص المتعلقة بالنوع Gender-Related Diagnostic Issues:

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD هو أكثر شيوعا في الذكور من الإناث في عموم السكان، بنسبة ما يقرب من ٢:١ في الأطفال و١,٦:١ في البالغين. والإناث على الأرجح هم أكثر عرضه من الذكور أن تظهر لديهم أعراض نقص الانتباه inattentive.

النتائج/ الآثار الوظيفية لاضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD Functional Consequences of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder:

يصاحب اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD انخفاض الأداء المدرسي والتحصيل الأكاديمي، والرفض الاجتماعي.

وبالنسبة للبالغين، نجد ضعف الأداء المهني، وضعف التحصيل، وضعف الحضور (كثرة الغياب)، وكذلك احتمال ارتفاع البطالة بالإضافة إلى ارتفاع النزاع بين الأشخاص.

إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD هم أكثر عرضة من أقرانهم الغير مصابين باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD لظهور اضطراب السلوك conduct disorder في مرحلة المراهقة واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع antisocial personality disorder في مرحلة البلوغ، وبالتالي زيادة احتمال اضطرابات تعاطي المواد والسجن بشكل كبير. أن الخطر اللاحق بشكل كبير هو اضطرابات تعاطي المواد، وخصوصا عندما يوجد اضطراب السلوك أو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يتطور. إن الأفراد مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD هم أكثر عرضة من أقرانهم للإصابة والتعرض للأذى، فحوادث والمخالفات المرورية أصبحت هي كثيرة الحدوث لدى السائقين المصابين باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، وقد يكون هناك احتمال لارتفاع السمنة بين الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD.

الأداء الذاتي المتغير وغير الكافي للمهام التي تتطلب جهدا متواصلا غالبا ما يفسر من قبل الآخرين بالكسل، وعدم المسؤولية أو عدم التعاون. كما يمكن وصف العلاقات الأسرية بالخلافات والتفاعلات السلبية. أما علاقات الأقران غالبا ما يصيبها الكدر أو الشقاق أو تتمزق من خلال رفض الأقران، وإهمالهم، أو إغاظتهم للفرد المصاب باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD.

وفي المتوسط فإن الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD لديهم تعليم أقل، وضعف في الإنجازات مهنية، وانخفاض درجات الذكاء عن أقرانهم، إلا أن ذلك يختلف من فرد لآخر فهناك تباين كبير بين الأفراد في تأثرهم باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD.

وبالنسبة للاضطراب في شكله الشديد، فإن الاضطراب يعيق بشكل ملحوظ، مما يؤثر على التكيف الاجتماعي، والأسري، والمدرسي/ المهني.

القصور الأكاديمي، والمشاكل المتعلقة بالدراسة، وإهمال الأقران يميل إلى أن يكون الأكثر ارتباطا مع الأعراض المرتفعة لنقص الانتباه inattention، في حين نجد رفض الأقران يكون بدرجة أقل، والإصابات العرضية هي أبرز أعراض ملحوظة مع فرط النشاط hyperactivity أو الاندفاعية impulsivity.

التشخيص الفارق Differential Diagnosis:

اضطراب المعارض المتحدي Oppositional defiant disorder: الأفراد الذين يعانون من اضطراب المعارض المتحدي قد يقاومون أو يرفضون مهام العمل أو المهام المدرسية التي تتطلب أداء ذاتي لأنهم يقاومون أو يرفضون الامتثال لمطالب الآخرين. ويتصف سلوكهم بالسلبية، والعدائية، والتحدي. ويجب أن نفرق بين هذه الأعراض هل هو نفور من المدرسة أو أنه نفور من المهام التي تتطلب اداء عقليا بسبب صعوبة في الحفاظ على الجهد العقلي، ونسيان التعليمات، والاندفاعية لدى الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD.

أن ما يجعل عملية التشخيص الفارق عملية معقدة حقيقة مفادها أن بعض الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD قد يظهرون اتجاهات معارضة ثانوية نحو مثل هذه المهام والتقليل من أهميتها.

الاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent explosive disorder: يشترك كل من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD والاضطراب

الانفجاري المتقطع في مستويات عالية من السلوك الاندفاعي/المتهور impulsive behavior، ومع ذلك، فإن الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب الانفجاري المتقطع يظهرون عدوان حاد/خطير تجاه الآخرين، وهذا ليس من سمات اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، وهم أيضا لا يواجهون مشاكل في الحفاظ على الانتباه وذلك عكس اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD. بالإضافة إلى ذلك، الاضطراب الانفجاري المتقطع أمر نادر الحدوث في الطفولة. ويمكن تشخيص الاضطراب الانفجاري المتقطع مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD سويا.

اضطرابات نمائية عصبية أخرى Other neuro developmental disorders: زيادة النشاط الحركي الذي قد يحدث في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD يجب تمييزه عن السلوك الحركي المتكرر الذي يميز اضطراب الحركة النمطية stereotypic movement disorder وبعض حالات اضطراب طيف التوحد.

ففي اضطراب الحركة النمطية stereotypic movement disorder، نجد أن السلوك الحركي عموما ثابت ومتكرر (مثل هز الجسم، عض الذات)، في حين أن التململ والضجر في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD عادة ما تكون معممة ولا توصف بالحركات النمطية المتكررة. في اضطراب توريت Tourette's disorder، اللزمات المتعددة والمتكررة ticks قد تحسب خطأً على التململ fidgetiness المعمم في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD. قد تكون هناك حاجة إلى الملاحظة لفترات طويلة للتمييز بين التململ ونوبات اللزمات المتعددة.

اضطراب التعلم المحدد Specific learning disorder: الأطفال الذين يعانون من اضطراب التعلم المحددة قد يظهرون عدم انتباه inattentive بسبب الإحباط frustration، وعدم الاهتمام، أو قدرة محدودة. ومع ذلك، نقص الانتباه inattention في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب التعلم المحدد وليس لديهم اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD لا يعيقهم ذلك خارج العمل الأكاديمي.

الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري)

Intellectual disability (intellectual developmental disorder):

الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري). أعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة ADHD شائعة بين الأطفال الموجودين في بيئات أو مواضع أكاديمية

لا تتناسب وقدراتهم الفكرية/الذهنية. في مثل هذه الحالات، الأعـراض لا تكـون واضحة من خلال المهام غير الأكاديمية. تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فـرط النشاط ADHD في الإعاقة الفكرية يتطلـب أن يكـون هنـاك نقـص الانتبـاه inattention شديد أو فرط نشاط hyperactivity شديد بالنسبة للعمر العقلي.

اضطراب طيـف التوحـد Autism spectrum disorder: الأفـراد مـع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD وأولئـك ذوي اضـطراب طيـف التوحد يظهرون نقص الانتباه inattention، وخلـل وظيفـي اجتمـاعي social dysfunction، وصعوبة إدارة السلوك.

الخلل الوظيفي الاجتماعي ورفض الأقران الذي نشاهده فـي الأفـراد الـذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، يجب أن نميـزه عـن الانسحاب الاجتمـاعي social disengagement، والعزلـة، وعـدم الاكتـراث لإشارات التواصل البصري والصوتي الذي نراه في الأفراد الـذين يعـانون مـن اضطراب طيف التوحد.

الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد قد يظهرون نوبات غـضب tantrums بسبب عدم قدرتهم على تحمل التغيرات على دورة الأحداث المتوقعـة. في المقابل، يمكن للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النـشاط ADHD قد يسيئون التصرف أو لديهم نوبات غضب خـلال المراحـل الانتقاليـة الرئيسية بسبب الاندفاعية أو ضعف ضبط النفس.

اضطراب التعلق الاستجابي Reactive attachment disorder: الأطفـال الذين يعانون من اضطراب التعلق التفاعلي قد يظهرون فقدان الضبط الاجتمـاعي social disinhibition (قد يقدم على سلوك اجتمـاعي غيـر مقبـول)، ولكـن لا يظهرون مجموعة أعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD الكاملة، ويظهرون سمات أخرى مثل عدم وجود علاقات دائمة وهذا لـيس مـن سـمات اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD.

اضطرابات القلق Anxiety disorders: اضـطراب نقـص الانتبـاه/ فـرط النشاط ADHD يشترك في أعراض نقص الانتباه مع اضطرابات القلق. الأفـراد مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD غير منتبهينinattentive بسبب انجذابهم للمؤثرات الخارجية، والأنشطة الجديدة، أو الانـشغال بأنـشطة ممتعـة. ويتميز هذا عن نقص الانتباه inattention بسبب القلق واجترار الأفكار (تكـرار الأفكار مرات ومرات دون الاتيان بجديد وكأن الأفكار ملحة)، والـذي نـراه فـي

اضطرابات القلق. ومع ذلك نجد في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD أن الأعراض لا ترتبط مع القلق واجترار الأفكار.

الاضطرابات الاكتئابية Depressive disorders: الأفراد الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية قد يظهرون عدم القدرة على التركيز، ومع ذلك، فإن ضعف التركيز في اضطرابات المزاج يصبح بارزا فقط أثناء النوبة الاكتئابية.

الاضطراب الثنائي القطب Bipolar disorder: الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب قد يكون لديهم زيادة نشاط، ضعف التركيز، وزيادة الاندفاعية، ولكن هذه السمات عرضية (طارئة)، وتحدث عدة أيام في فترة زمنية.

في الاضطراب الثنائي القطب، زيادة الاندفاعية أو نقص الانتباه يكون مصحوب بارتفاع المزاج، والعظمة grandiosity، وغيرها من سمات ثنائي القطب المحددة. الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD قد يظهرون تغيرات كبيرة في المزاج في نفس اليوم، مثل هذا التغير يختلف عن نوبة الهوس والتي يجب أن تستمر ٤ أيام أو أكثر لتكون مؤشرا إكلينيكي على الاضطراب الثنائي القطب، حتى في الأطفال.

الاضطراب الثنائي القطب أمر نادر الحدوث في الأطفال في مرحلة ما قبل المراهقة preadolescents، حتى عندما يكون التهيج/الانفعال الشديد والغضب الشديد كلاهما واضح وبارز، في حين أن اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD شائع بين الأطفال والمراهقين الذين يبدون الغضب المفرط والتهيج/الانفعال المفرط.

اضطراب ضعف تنظيم المزاج التخريبي Disruptive mood dysregulation disorder: اضطراب ضعف تنظيم المزاج التخريبي بالتهيج الواسع الانتشار pervasive، وعدم تحمل الإحباط، ولكن الاندفاعية، والانتباه غير المنتظم ليست سمات أساسية. ومع ذلك، فإن معظم الأطفال والمراهقين المصابين بهذا الاضطراب لديهم أعراض تستوفي أيضا معايير اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، الذي يتم تشخيصه بشكل منفصل.

اضطرابات تعاطي المواد Substance use disorders: التفريق بين اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD عن اضطرابات تعاطي المواد قد يكون إشكالية إذا كان العرض الأول من أعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD يتبع البداية بإساءة استعمال أو الاستخدام المتكرر، دليل واضح

على اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD قبل إساءة استخدام المواد من قبل ناقلي المعلومات أو السجلات السابقة قد تكون ضرورية للتشخيص الفارق.

اضطرابات الشخصية Personality disorders: في المراهقين والبالغين، قد يكون من الصعب تمييز اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD عن اضطراب الشخصية الحدية، اضطراب الشخصية النرجسية، واضطرابات الشخصية الأخرى. كل هذه الاضطرابات تميل للاشتراك في سمات عدم التنظيم disorganization، التطفل الاجتماعي social intrusiveness، وضعف التنظيم الانفعالي emotional dysregulation [١]، وضعف التنظيم المعرفي cognitive dysregulation [٢].

ومع ذلك، لا يتصف اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD بالخوف من الهجر، وإيذاء الذات والتناقض الوجداني الشديد extreme ambivalence، أو السمات الأخرى من اضطراب الشخصية. قد يتطلب ملاحظة إكلينيكية موسعة، ومقابلة للحصول على المعلومات، أو تاريخ مفصل لتمييز الاندفاعية المتهورة، التطفل الاجتماعي، أو السلوك النرجسي الغير، كذلك السلوك العدواني غير المناسب، أو السلوك الاستبدادي وهذا كله بهدف القيام بالتشخيص الفارق.

الاضطرابات الذهانية Psychotic disorders: لا يتم تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD إذا كانت أعراض نقص الانتباه وفرط النشاط تحدث بشكل خاص وقاصر أثناء مسار الاضطراب الذهاني.

الأدوية المسببة لأعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط Medication-induced symptoms of ADHD: أعراض نقص الانتباه، وفرط النشاط، أو الاندفاعية تُعزى إلى استخدام الأدوية (مثل موسعات القصبات bronchodilators، الإيزونيازيد isoniazid، مضادات الذهان neuroleptics [تسبب عدم القدرة على الجلوس]، والأدوية البديلة للغدة الدرقية)، تشخص كاضطراب متعلق بمادة أخرى محدد أو كاضطراب متعلق بمادة أخرى (أو مادة غير معروفة) غير محدد.

الاضطرابات العصبية المعرفية Neurocognitive disorders: الاضطراب العصبي- المعرفي الجسيم المبكر (الخرف) و/ أو الاضطراب العصبي- المعرفي

١- ضعف التنظيم الانفعالي emotional dysregulation: تعني عدم التحكم في الانفعالات أو العواطف في سياقها، وهذا يحدث عندما تضعف القدرة على ضبط الانفعالات أو عواطفنا من خلال عدم التحكم فيها، وبروز النظر المتطرف أو العرضي. وضعف التنظيم الانفعالي يمكن أن يكون الغضب، والقلق، والاكتئاب، والشعور بالصدمة.

٢- ضعف التنظيم المعرفي cognitive dysregulation: يشير إلى حدوث الأنظمة والاستجابات الانفعالية القصيرة والتي يزيدها سوءا المواقف الضاغطة.

الطيف غير معروف عنها ارتباطها مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD ولكن قد تظهر سمات إكلينيكية مشابهة، وتتميز هذه الحالات عن اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD ببدايتها المتأخرة.

الاضطرابات المصاحبة Co-morbidity :

في المرافق الصحية، الاضطرابات المصاحبة المتكررة في الأفراد الذين تستوفي لديهم الأعراض معايير اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD في عموم السكان؛ اضطراب المعارضي المتحدي oppositional defiant disorder يتزامن مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD في ما يقرب من نصف الأطفال مع المظهر المختلط أو المركب (مزيج من نقص الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية) وحوالي ربع الأطفال يكون المظهر الغالب هو نقص الانتباه.

اضطراب المسلك Conduct disorder يتزامن مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD في حوالي ربع الأطفال أو المراهقين مع المظهر المختلط أو المركب ويعتمد ذلك على العمر والمكان. معظم الأطفال والمراهقين مع اضطراب ضعف تنظيم المزاج التخريبي Disruptive mood dysregulation disorder لديهم الأعراض التي تستوفي أيضا معايير اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، ونسبة قليلة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD لديهم الأعراض التي تستوفي معايير اضطراب ضعف تنظيم المزاج التخريبي.

اضطراب التعلم المحدد عادة يتزامن مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، وتحدث اضطرابات القلق والاضطراب الاكتئابي الجسيم في قلة من الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD ولكن بدرجة أكبر في كثير من الأحيان مما يحدث في عموم السكان، كما يحدث الاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent explosive disorder في قلة من البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD ولكن بمعدلات تفوق مستويات السكان، وعلى الرغم من أن اضطرابات تعاطي المواد substance use disorders أكثر شيوعا نسبيا بين البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD في عموم السكان، إلا أن هذه الاضطرابات موجودة في قلة فقط من البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD. في البالغين نجد أن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial

واضطرابات الشخصية الأخرى Other personality personality disorder disorders قد تتزامن مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD.

الاضطرابات الأخرى التي قد تتزامن مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD تشمل اضطراب الوسواس القهري Obsessive-compulsive disorder، واضطرابات اللزمات Tic disorders، واضطرابات طيف التوحد Autism spectrum disorder.

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط محدد آخر

Other Specified Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تكون فيها الأعراض تُظهر خصائص اضطراب ضعف الانتباه/ فرط النشاط والتي تسبب قلقا إكلينيكيا كبيرا أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية أو المجالات الهامة الأخرى ولكن دون أن تستوفي المعايير الكاملة لاضطراب ضعف الانتباه/ فرط النشاط أو أي اضطرابات من الاضطرابات العصبية النمائية. يتم استخدام اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط محدد آخر في الحالات التي يكون فيها الطبيب يختار إيصال السبب المحدد الذي يبدو أنه لا يستوفي معايير اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط أو أي اضطراب نمو عصبي محدد، ويتم ذلك عن طريق تدوين أو كتابة ؛ اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط محدد آخر ' متبوعة بالسبب المحدد (على سبيل المثال، "مع أعراض نقص انتباه غير كافية").

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط غير محدد

Unspecified Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي فيها الأعراض تُظهر خصائص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط والتي تسبب قلقا إكلينيكيا كبيرا أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية أو المجالات الهامة الأخرى ولكن دون أن تستوفي المعايير الكاملة لاضطراب ضعف الانتباه/ فرط النشاط أو أي اضطرابات من الاضطرابات العصبية النمائية. يتم استخدام اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط غير محدد في الحالات التي يكون فيها الطبيب يختار عدم تحديد السبب الذي يبدو أنه لا يستوفي معايير اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط أو أي اضطراب نمو

عصبي آخر محدد، ويتضمن ذلك أيضا الحالات التي يُفتقد فيها للمعلومات الكافية لوضع تشخيص أكثر تحديدا.

جدول (٨)

يوضح التشخيص الفارق لاضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD

نقص الانتباه/ فرط النشاط (ADHD)، يتميز بأعراض نقص الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية التي تتعارض مع المستوى النمائي والتي تؤثر سلبا على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية/ المهنية، يجب تفريقها عن...	وعلى النقيض من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط...
السلوكيات المعيارية في الأطفال النشطون Normative behaviors in active children	السلوكيات المعيارية في الأطفال النشطون هي تتفق مع مستوى النمو.
البيئات غير المحفزة Under stimulating environments	تؤدي إلى نقص الانتباه الذي يرتبط بالملل/ الضجر
اضطراب المعارض المتحدي Oppositional Defiant Disorder	ويمكن وصف اضطراب المعارض المتحدي بمقاومة العمل أو المهام المدرسية بسبب الرفض لأن يخضع لمطالب الآخرين، الذي يكون مصحوبا بالسلبية، والعداء، والتحدي. في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، مع ذلك، النفور من المدرسة أو المهام التي تتطلب جهدا عقليا يرجع ذلك إلى الصعوبة في الحفاظ على الجهد الذهني، ونسي التعليمات، والاندفاعية.
الاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent explosive disorder	يتميز بمستويات عالية من السلوك الاندفاعي/ المتهور، ولكن خلافا لاضطراب تشتت الانتباه/ فرط النشاط ADHD، وهناك نوبات من العدوان جاد/ خطير تجاه الآخرين. تشخيص إضافي للاضطراب الانفجاري المتقطع يمكن إجراءه إذا تجاوز انفجار العدوان الاندفاعي/ المتهور المتكرر ما يُرى عادة في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD وتستدعي الاهتمام الطبي المستقل.

اضطراب المسلك Conduct Disorder	ويمكن وصف اضطراب المسلك بمستويات عالية من الاندفاعية، ولكن هناك أيضا وجود نمط من الحراك المعادي للمجتمع.
اضطراب الحركة النمطي Stereotypic Movement Disorder	يتميز بالسلوك الحركي المتكرر الذي قد يتشابه مع زيادة السلوك الحركي في نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD وعلى النقيض من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، ومع ذلك، فإن السلوك الحركي عموما ثابت ومتكرر (مثل هز الجسم، إيذاء الذات)، في حين يكون التململ والقلق عادة بشكل عام في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD
اضطراب التعلم المحدد Specific Learning Disorder	يمكن وصف اضطراب التعلم محدد من خلال سلوك عدم الانتباه بسبب الإحباط وعدم الاهتمام، أو قدرة محدودة، ومع ذلك، عدم الانتباه في الأشخاص الذين يعانون اضطراب التعلم المحدد الذين ليس لديهم اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD لا يلحق بهم ضررا خارج العمل المدرسي.
الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)	يمكن تمييز أعراض عدم الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاعية بين الأطفال الموجودين في الأماكن الأكاديمية التي لا تلائم قدراتهم الفكرية. الأفراد مع الإعاقة الذهنية بدون اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD لا يوجد لديهم الأعراض خلال المهام غير الأكاديمي. تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD في الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الفكرية يتطلب أن يكون نقص الانتباه أو فرط النشاط يكون مبالغ فيه بالنسبة للعمر العقلي للفرد.
اضطراب جرأة المشاركة الاجتماعية Disinhibited Social Engagement Disorder	يتميز من خلال السلوك الفاضح اجتماعيا، ولكن أعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD ليست كاملة. الأطفال الذين يعانون من

	اضطراب جراء المشاركة الاجتماعية لديهم أيضا تاريخ من الرعاية غير كافية بشكل كبير
اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder	يمكن رؤيته من خلال الانسحاب الاجتماعي والعزلة الاجتماعية بسبب القصور في التواصل الاجتماعي، فضلا عن نوبات الغضب بسبب عدم القدرة على تحمل تغير المسار المتوقع للأحداث، في حين يرتبط الخلل الاجتماعي ورفض الأقران في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD يرتبط بأعراض نقص الانتباه وفرط النشاط، وأيضا سوء السلوك، ونوبات الغضب المزاجية ترتبط بالاندفاعية أو سوء ضبط النفس.
اضطراب ضعف تنظيم المزاج التخريبي Disruptive Mood Dysregulation Disorder	يتميز بالتهيج الواسع الانتشار pervasive، وعدم تحمل الإحباط. وبالنظر إلى أن معظم الأطفال والمراهقين مع اضطراب ضعف تنظيم المزاج التخريبي يكون لديهم أيضا الأعراض التي تستوفي معايير اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، مما يمكن إجراء تشخيص إضافي.
اضطرابات القلق Anxiety Disorders	يمكن وصفها عن طريق أعراض نقص الانتباه بسبب الخوف، والقلق، والاجترار. في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، نقص الانتباه هو بسبب جاذبية المؤثرات الخارجية أو أنشطة جديدة، أو الانشغال بأنشطة ممتعة.
الاضطراب الاكتئابي الجسيم Major Depressive Disorder	ويمكن وصفه من خلال عدم القدرة على التركيز. ومع ذلك، فإن ضعف التركيز هو الذي يبرز فقط خلال النوبات الاكتئابية الجسيمة.
الاضطراب ثنائي القطب الأول، وثنائي القطب الثاني Bipolar I and Bipolar II Disorder	يمكن وصفه عن طريق زيادة النشاط، ضعف التركيز، وزيادة الاندفاعية، والتشتت، ولكن هذه الميزات عرضية، وتحدث من عدة أيام إلى أسابيع في كل مرة. وعلاوة على ذلك، يرافق هذه الأعراض بسبب ارتفاع أو عصبية المزاج، والعظمة، وغيرها من سمات ثنائي القطب محدد

	أخرى. على الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD قد تظهر لديهم تغيرات كبيرة في المزاج خلال نفس اليوم، مثل هذا يعتبر الشكل من نوبة الهوس أو هوس خفيف، والتي يجب أن تستمر على الأقل أسبوع (أو ٤ أيام لنوبة الهوس الخفيف) ليكون مؤشرا إكلينيكيا من اضطراب ثنائي قطب أول أو اضطراب ثنائي قطب ثاني.
اضطرابات الشخصية الحدية، والمضادة للمجتمع، والنرجسية Borderline, Antisocial, and Narcissistic Personality Disorders	يشتركون في سمات التوحشي، التطفل الاجتماعي والتقلبات العاطفية، والخلل المعرفي. وتتميز هذه الاضطرابات عن اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD بوجود سمات إضافية لسوء التكيف، مثل إيذاء الذات، السلوك المعادي للمجتمع، والخوف من الهجر، والعدوان التعسفي. إذا تم استيفاء معايير كل من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD واضطراب الشخصية، يمكن تشخيصهما معا على حد سواء.
الأدوية المسببة لأعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط Medication-induced symptoms of ADHD	وتتميز بأعراض عدم الانتباه، وفرط النشاط، أو الاندفاعية التي تسببها الأدوية (مثل موسعات القصبات bronchodilators، الإيزونيازيد isoniazid، مضادات الذهان neuroleptics [تسبب عدم القدرة على الجلوس]، والأدوية البديلة للغدة الدرقية)، وتتوقف هذه الأعراض عند إيقاف الأدوية. لا يتم تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD في حالة حدوث أعراض فقط أثناء استخدام الدواء.
الاضطرابات العصبية المعرفية Neurocognitive disorders	يمكن وصفها من خلال الضعف المعرفي المماثل لذلك الموجود في اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط، والاضطرابات العصبية المعرفية تتميز عادة بالظهور في سن متأخرة.

٦

صعوبات التعلم

Specific Learning Disorder

صعوبات التعلم

Specific Learning Disorder

مقدمة :

يعد مجال صعوبات التعلم من المجالات الهامة التي ينبغي الاهتمام بها وذلك لزيادة عدد الطلاب الذين يقبلون على التعلم بمدارس عادية ولكنهم لا يستطيعون التكيف مع المهارات التي تطرحها البرامج التعليمية العادية رغم أنهم لا يعانون من تخلف عقلي أو إعاقة بصرية أو سمعية أو حركية أو اضطراب انفعالي أو حرمان ثقافي.

ويعتبر مفهوم صعوبات التعلم من المفاهيم التي حظيت باهتمام العديد من التخصصات العلمية التي كانت في مقدمتها التخصص الطبي الذي يرجع صعوبات التعلم إلى خلل دماغي بسيط أو إصابة دماغية ومن ثم حاز مصطلح صعوبات التعلم على اهتمام كل من علماء النفس وعلماء التربية وعلماء التربية الخاصة.

ونتيجة لتعدد التخصصات التي اهتمت بصعوبات التعلم ظهرت مصطلحات عديدة منها الإعاقة الخفية والخلل الوظيفي الدماغي بسيط والإصابات الدماغية، ولكن لم يظهر مصطلح صعوبات التعلم إلا في الستينات من القرن الماضي نتيجة نقاش طويل بين المختصين في مجال الطب ومجال علم النفس ومجال التربية وكان أول من استخدم مصطلح صعوبات التعلم هو العالم صموئيل كيرك Kirk بعام (١٩٦٢).

وقبل ظهور مصطلح صعوبات التعلم فقد مر بعدة مراحل قبل أن يظهر كمفهوم مستقل في ميدان التربية الخاصة، فأولى هذه المراحل كانت مرحلة الإصابة الدماغية Brain Injury والتي بدأت بأعمال شتراوس وزملائه، والمرحلة الثانية فكانت نتيجة الجهود التي قام بها كليمنز وتعرف بمرحلة القصور الوظيفي الطفيف Minimal Brain Dysfunction، وأما المرحلة الثالثة والأخيرة والتي ظهر فيها مصطلح صعوبات التعلم Learning Disability نتيجة لجهود كيرك Kirk.

ونتيجة لتعدد التخصصات ظهرت تسميات مختلفة لهذه الفئة من الأطفال التي تعاني من ظاهرة صعوبات التعلم ومنها الأطفال ذوو الإصابات الدماغية

(Brain-Injured Children)، الأطفال ذوو المشكلات الإدراك (Children with Perceptual Handicaps)، الأطفال ذوو الخلل الدماغي البسيط (Children with Minimal Brain Dysfunction)، الأطفال المتعثرين عن التعلم (Children with Learning Disabilities)، كما أطلق مصطلح الإعاقة الخفية (Hidden Handicapped).

ويعتبر مصطلح صعوبات التعلم أكثر المصطلحات قبولاً في ميدان علم النفس والتربية الخاصة (الروسان، ٢٠١٠: ١٨٢).

وسوف تعرض الباحثة عدد من التعريفات التي ظهرت في صعوبات التعلم على سبيل المثال وليس الحصر.

أول تعريف ظهر لصعوبات التعلم هو تعريف كيرك (Kirk, 1962) الذي يرى أن صعوبات التعلم ترجع إلى عجز أو تأخر في واحدة أو أكثر من عمليات النطق، اللغة، القراءة، التهجئة، الكتابة أو الحساب ناتجة عن خلل محتمل في وظيفة الدماغ أو اضطراب انفعالي أو سلوكي ولكنها ليست ناتجة عن تخلف عقلي أو إعاقة حسية أو عوامل ثقافية أو تعليمية" (السرطاوي وآخرون، ٢٠٠١: ٣٠).

كما أن دائرة التربية الأمريكية عام (١٩٦٨) أصدرت تعريف تميز باكتسابه لصفة قانونية وينص على أن يظهر الأطفال ذوي صعوبات التعلم عجز في واحد أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية والتي تدخل في فهم أو في استخدام اللغة المكتوبة والمنطوقة وقد تظهر في اضطرابات التفكير، الاستماع، الكلام، القراءة، الكتابة، التهجئة، أو العمليات الحسابية، ويشتمل على حالات التي يتم تعريفها على إنها إعاقات إدراكية، إصابة مخية، الخلل الوظيفي المخي البسيط، دسلوكسيا والحبسة النمائية. ولا يشتمل على مشكلات التعلم الناتجة من إعاقة بصرية، سمعية، حركية، وتخلف عقلي، اضطراب انفعالي أو حرمان بيئي (عبد الحميد وصابر، ٢٠١١: ٣٠).

ويؤكد الوقفي (٢٠١١: ٣٢) بأن هذا التعريف القانوني لقي ترحيب واسعاً في الأوساط التربوية لأنه يرى أن القصور الوظيفي للدماغ لا يظهر بالضرورة في مختلف حالات صعوبات التعلم وأنه ليس أساساً لتشخيص هذه الحالات.

كما أشار هالهان وآخرون (Hallahan et al., 2008: 321) إلى أن اللجنة القومية المشتركة لصعوبات التعلم أصدرت بعام (١٩٨٩) تعريف ينص على أن "مصطلح صعوبات التعلم مصطلح عام يشير إلى مجموعات غير متجانسة من

الاضطرابات، والتي تتضح في المشكلات الحادة في الاكتساب والاستخدام الخاص بمجالات الاستماع، الكلام، الكتابة، (مهارات اللغة)، الاستدلال أو قدرات الحساب، وأن هذه الاضطرابات تعد داخل الفرد ويفترض أنها ترجع إلى وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي، وهي اضطرابات تحدث مدى الحياة، وتعتبر المشكلات الخاصة بتنظيم سلوك الذات والإدراك والتفاعل الاجتماعي من الأعراض المصاحبة لصعوبات ولكنها بذاتها لا تسبب صعوبات التعلم.

وقد ظهر عبر الزمان عدد من التعاريف التي طلعت بها المنظمات واللجان والوكالات الحكومية والأهلية ولكن لم يحظ أي منها بالإجماع بالرغم من أن اثنين من هذه التعاريف يحظيان بأكبر قدر من الدعم هما التعريف الذي اتخذته دائرة التربية الأمريكية وتعريف اللجنة القومية المشتركة، وكما أنهما لم يغلقا الباب تماما أمام أي اقتراح لمزيد من التعاريف (الوقفي، ٢٠١١: ٤١).

ولصعوبات التعلم تصنيفات كثيرة، ولعل التصنيف الأكثر شيوعا هو تصنيف كيرك وكالفنت (Kirk & Calvant) الذي يصنف صعوبات التعلم إلى صنفين أساسيين وهما: صعوبات التعلم النمائية والتي تتعلق بنمو القدرات العقلية والعمليات العقلية المسئولة عن التوافق الدراسي للطالب وتوافقه الشخصي والاجتماعي والمهني وتشمل: صعوبات الانتباه والإدراك والتفكير والتذكر وحل المشكلة (عودة، ٢٠١٢: ١٤)، وتنقسم إلى نوعين فرعيين هما:

أ- **صعوبات أولية**: مثل الانتباه والإدراك والذاكرة.

ب- **صعوبات ثانوية**: مثل التفكير والفهم واللغة الشفوية (عبد الحميد وصابر، ٢٠١١: ٣٧).

أما النوع الثاني فهو صعوبات التعلم الأكاديمية والتي يقصد بها صعوبات الأداء المدرسي المعرفي الأكاديمي والتي تتمثل في الصعوبات المتعلقة بالقراءة والكتابة والتهجي والتعبير الكتابي والحساب وترتبط هذه الصعوبات إلى حد كبير بصعوبات التعلم النمائية، فتعلم القراءة يتطلب الكفاءة في القدرة على فهم واستخدام اللغة، ومهارات الإدراك السمعي لمعرفة أصوات حروف الكلمات والقدرة البصرية على التمييز وتحديد الحروف والكلمات، ويتطلب تعلم الكفاءة في العديد من المهارات الحركية مثل: التخطيط الحركي، التآزر الحركي الدقيق لاستخدامات الأصابع، وتآزر حركة اليد والعين وغيرها من المهارات كما يتطلب تعلم الحساب كفاية مهارات التصور البصري المكاني والمفاهيم الكمية

والمعرفة بمدلولات الأعداد وقيمتها وغيرها من المهارات الأخرى (الزيات، ١٩٩٨: ٤١٢-٤١٣).

والعلاقة بين صعوبات التعلم النمائية وصعوبات التعلم الأكاديمية هي علاقة سبب ونتيجة، حيث تشكل الأسس النمائية للتعلم المحددات الرئيسة للتعلم الأكاديمي، وكافة الأداءات المعرفية التي ينتجها النشاط العقلي (الزيات، ١٩٩٨: ٤١٣).

ويتم تشخيص باضطراب صعوبات التعلم وفقاً لدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV-TR إذا حقق الفرد الثلاثة المعايير التالية:

المعيار الأول: أن يكون تحصيل لكل من اضطراب القراءة Reading Disorder، اضطراب الرياضيات Mathematics Disorder، اضطراب التعبير الكتابي Written Expression Disorder أقل بدرجة ملحوظة مما هو متوقع لعمره الزمني، وذكائه المقاس، والتعليم المناسب لعمره وكما تقيسه الاختبارات المقننة المطبقة بشكل فردي.

المعيار الثاني: يعيق بدرجة ملحوظة تحصيله الدراسي أو أنشطة حياته اليومية التي تتطلب تلك مهارات.

المعيار الثالث: اضطراب القراءة، اضطراب الرياضيات، اضطراب التعبير الكتابي، في حالة وجود قصور حسي، تتجاوز ما هو معتاد في هذه الحالة.

ملاحظة ترميزية: في حالة وجود مرض جسمي عام (عصبي على سبيل المثال) أو قصور حسي، يدون ذلك على المحور III (American Psychiatric association, 2001: 52-53).

اضطراب التعلم المحدد
Specific Learning Disorder
في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية
DSM 5

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria

A- صعوبات في تعلم واستخدام المهارات الأكاديمية، كما يتبين من وجود عرض واحد على الأقل من الأعراض التالية التي استمرت لمدة ٦ أشهر على الأقل، على الرغم من التدخلات التي تستهدف تلك الصعوبات.

١- قراءة بشكل غير دقيق أو بطء وبذل جهد إضافي (على سبيل المثال، يقرأ كلمة واحدة بصوت عال بشكل غير صحيح أو ببطء ويتردد، وكثيراً ما يخمن الكلمات، ولديه صعوبة لفظ الكلمات)

٢- صعوبة في فهم معنى ما يقرأ (على سبيل المثال، قد يقرأ نصا بدقة ولكن قد لا يفهم التسلسل، والعلاقات، والاستدلالات، أو المعاني العميقة لما قرأ).

٣- صعوبات في التهجئة (على سبيل المثال، قد يضيف أو يحذف أو يستبدل أحد حروف العلة أو الحروف الساكنة).

٤- صعوبات في التعبير الكتابي (على سبيل المثال، ارتكاب العديد من الأخطاء النحوية، أو الأخطاء في علامات الترقيم في صياغة الجمل، ضعف تنظيم الفقرات، والتعبير الكتابي عن الأفكار يخلو من الوضوح).

٥- صعوبات في إتقان معنى الأرقام، وحقائق الأرقام، أو الحساب (على سبيل المثال، ضعف فهم الأرقام وحجمها/قدرها والعلاقات بينها، الاعتماد على الأصابع لإضافة أرقام من فئة واحدة بدلا من الاستعانة بحقائق الرياضيات كما يفعل الأقران، يضيع في خضم الحسابات الرياضية وقد يبدل الإجراءات).

٦- صعوبات مع الاستدلال الرياضي (على سبيل المثال، لديه صعوبة شديدة في تطبيق المفاهيم الرياضية، والحقائق، أو الإجراءات لحل المشاكل الكمية).

B- المهارات الأكاديمية المتأثرة أقل بشكل هام ونوعي من تلك المتوقعة بالنسبة للعمر الزمني للفرد، وتؤثر (تسبب في حدوث تداخل كبير) على الأداء الأكاديمي أو المهني، أو أنشطة الحياة اليومية، كما تؤكده المقاييس المعيارية الفردية والتقييم الإكلينيكي الشامل. بالنسبة للأفراد في سن ١٧

عاماً فما فوق، فالتاريخ الموثق للضعف من صعوبات التعلم قد يكون بديلاً للتقييم المعياري.

C- صعوبات التعلم تبدأ في الظهور خلال سن المدرسة ولكن قد لا تصبح ظاهرة بشكل كامل حتى تتجاوز متطلبات المهارات الأكاديمية المتأثرة القدرات المحدودة للفرد (على سبيل المثال، كما هو الحال في الاختبارات الموقوتة، قراءة أو كتابة تقارير مطولة ومعقدة خلال وقت محدود، والأعباء الأكاديمية المفرطة في الثقل).

D- صعوبات التعلم لا تفسر بشكل أفضل كنتيجة لوجود الإعاقة الفكرية، الإعاقات في البصر أو السمع غير المصححة، اضطرابات نفسية أو عصبية أخرى، الشدائد/المحن النفسية والاجتماعية، وعدم الكفاءة في لغة التدريس الأكاديمي، أو عدم كفاية التوجيهات التربوية.

ملاحظة: يجب استيفاء معايير التشخيص الأربعة على أساس خلاصة التاريخ الإكلينيكي للفرد (النمائي والطبي والأسري والتربوية)، والتقارير المدرسية، والتقييم النفس تربوي.

ملاحظة إجرائية: حدد المجالات الأكاديمية والمهارات الجزئية المعاقة، عند إعاقة أكثر من مجال فإن كل منها يجب أن يعامل مفردا حسب العوامل الفارقة التالية.

الترميز ملاحظة: حدد جميع المجالات والمهارات الفرعية الأكاديمية التي تعاني من الضعف. عندما تنخفض قيمة أكثر من مجال واحد، يجب أن يكون ترميز كل واحد على حدة وفقاً للمحددات التالية:

حدد إذا كان :

مع ضعف في القراءة:

دقة قراءة الكلمات

معدل القراءة أو الطلاقة

فهم القراءة

ملاحظة: عسر القراءة Dyslexia هو مصطلح بديل يستخدم للإشارة إلى وجود نمط من صعوبات التعلم الذي يتميز او يتصف بمشاكل في دقة أو طلاقة التعرف على الكلمات، وسوء فهم المعاني المستترة، والقدرات الهجائية الضعيفة/المحدودة، إذا تم استخدام عسر القراءة لتحديد نمط معين من الصعوبات،

فمن المهم أيضاً تحديد أي صعوبات إضافية قد تكون موجودة، مثل صعوبات في فهم ما يقرأ أو الاستدلال الرياضي.

مع ضعف في التعبير الكتابي

دقة التهجئة
دقة قواعد اللغة وعلامات الترقيم
الوضوح وتنظيم التعبير الكتابي

مع ضعف في الرياضيات

المعنى العددي
حفظ الحقائق الرياضية
الحساب بدقة أو بطلاقة/ سلاسة
دقة الاستدلال الرياضي

ملاحظة: عسر الحساب Dyscalculia هو مصطلح بديل يستخدم للإشارة إلى وجود نمط من الصعوبات تتميز بمشكل في معالجة المعلومات الرقمية، وتعلم الحقائق الحسابية، وأداء العمليات الحسابية بدقة أو بطلاقة/سلاسة. إذا تم استخدام عسر الحساب لتحديد نمط معين من صعوبات الرياضيات، فمن المهم أيضاً تحديد أي صعوبات إضافية قد تكون موجودة، مثل صعوبات مع الاستدلال الرياضي أو دقة منطق كلمة.

تحديد الشدة الحالية:

البسيط: بعض الصعوبات في تعلم المهارات في واحد أو اثنين من المجالات الأكاديمية، ولكن الشدة بسيطة بشكل يكفي أن يكون الفرد قادر على التعويض أو الأداء بشكل جيد عندما تقدم الترتيبات المناسبة أو خدمات الدعم، وخصوصاً خلال سنوات الدراسة.

المتوسط: صعوبات ملحوظة في مهارات التعلم في واحد أو أكثر من المجالات الأكاديمية، وليس من المرجح أن يستطيع الفرد الإتقان دون بعض فترات التدريس المكثفة والمتخصصة خلال سنوات الدراسة. قد تكون هناك حاجة إلى بعض الترتيبات أو الخدمات المساندة خلال جزء من اليوم على الأقل في المدرسة، في مكان العمل، أو في المنزل لاستكمال الأنشطة بدقة وكفاءة.

الشديد: صعوبات شديدة في مهارات التعلم، مما يؤثر على العديد من المجالات الأكاديمية، وليس من المرجح تعلم هذه المهارات دون تدريس فردي

مكثف مستمر ومتخصص لمعظم سنوات الدراسة. حتى مع وجود مجموعة من الترتيبات أو الخدمات المناسبة في المنزل أو في المدرسة أو في مكان العمل، الفرد قد لا يكون قادر على استكمال جميع الأنشطة بكفاءة.

إجراءات التسجيل Recording Procedures:

في اضطراب التعلم المحدد يجب تدوين كل ضعف في المجال الأكاديمي وكل ضعف في مجال المهارة الجزئية وذلك بسبب متطلبات التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض، ضعف في القراءة وضعف في الكتابة التعبيرية، وضعف في الرياضيات، ومع الضعف المقابل في المهارات الفرعية، يجب أن يكون التشخيص بشكل منفصل. على سبيل المثال، ضعف في القراءة والرياضيات وضعف في المهارات الفرعية للقراءة المعدل أو الطلاقة، وفهم القراءة، ودقة الحساب أو الحساب بسلاسة، والاستدلال الرياضي الدقيق سيتم تدوينها/كتابتها كاضطراب تعلم محدد مع ضعف في القراءة، مع ضعف في المعدل أو الطلاقة وضعف في القراءة وفهم القراءة أو تدوينها /كتابتها كاضطراب تعلم محدد مع ضعف في الرياضيات، مع ضعف في دقة الحساب أو الحساب بسلاسة وضعف في الاستدلال الرياضي الدقيق.

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features:

اضطراب التعلم المحدد Specific learning disorder هو اضطراب نمائي عصبي بيولوجي المنشأ/الأصل وهو الأساس في التشوهات/ الحالة الغير طبيعية على مستوى المعرفي والتي ترتبط مع العلامات السلوكية للاضطراب. يتضمن المنشأ الأصل البيولوجي عوامل التفاعل الجيني، العوامل الجينية، والعوامل البيئية، والتي تؤثر على قدرة الدماغ في الإدراك أو معالجة المعلومات اللفظية أو غير اللفظية بكفاءة ودقة.

أحد الخصائص الأساسية لاضطراب التعلم المحدد هي الصعوبات المستمرة في تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية (معيار A)، في مستهل سنوات التعليم الرسمي (أي الفترة النمائية)، وتشمل المهارات الأكاديمية الأساسية قراءة الكلمات المفردة بدقة وبطلاقة، فهم القراءة، الكتابة التعبيرية والتهجئة، والحسابات الرياضية، والاستدلال الرياضي (حل المشاكل/ المسائل الرياضية). وعلى النقيض من التحدث أو المشي، واللذان هما من مراحل النمو المكتسبة واللذان يظهران مع

نضوج الدماغ، فإن المهارات الأكاديمية (على سبيل المثال، القراءة والهجاء والكتابة والرياضيات) يجب تدريسها وتعلمها بشكل واضح. اضطراب التعلم المحدد يعيق النمط الطبيعي لتعلم المهارات الأكاديمية، فهي ليست مجرد نتيجة لعدم وجود فرصة للتعلم أو عدم كفاية الإرشادات. إن الصعوبات في إتقان هذه المهارات الأكاديمية الأساسية يمكن أيضا أن يعيق التعلم في المواد الأكاديمية الأخرى (على سبيل المثال، التاريخ والعلوم والدراسات الاجتماعية)، ولكن هذه المشاكل يمكن أن تعزى إلى صعوبات تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية. صعوبات التعلم في رسم الحروف مع أصواتها في لغة واحدة لقراءة الكلمات المطبوعة (غالبا ما تسمى عسر القراءة dyslexia) هو أحد المظاهر الأكثر شيوعا من اضطرابات التعلم المحدد. وتظهر صعوبات التعلم كمجموعة من السلوكيات أو الأعراض الوصفية التي يمكن ملاحظتها (كما هو موضح في معايير A6-A1)، ويمكن ملاحظة هذه الأعراض الإكلينيكية، وفحصها بدقة عن طريق المقابلة الإكلينيكية، أو عن طريق التحقق من التقارير المدرسية، المقاييس التقديرية، أو الأوصاف في التقييمات التربوية والنفسية السابقة. وصعوبات التعلم هي مستمرة، وليس مؤقتة، في الأطفال والمراهقين، تعرف الاستمرارية كتقدم محدود في التعلم (أي لا دليل على أن الفرد سيتمكن من اللحاق بزملاء الدراسة) لمدة ٦ أشهر على الأقل على الرغم من تقديم مساعدة إضافية في المنزل أو المدرسة. على سبيل المثال، صعوبات تعلم قراءة الكلمات المفردة بشكل غير دقيق أو السرعة في القراءة مع قلب المعنى أو الحروف، حتى مع تقديم التوجيهات والإرشادات الصوتية أو استراتيجيات تعريف الكلمة ونطقها كل ذلك يشير إلى وجود اضطراب تعلم محدد. الدليل على وجود صعوبات التعلم المستمرة قد يكون مستمدا من التقارير المدرسية المتراكمة وتقييم ملفات أوراق عمل الطفل، والمقاييس القائمة على المناهج الدراسية، أو المقابلة الإكلينيكية. في البالغين، الصعوبة المستمرة تشير إلى الصعوبات الحالية في معرفة القراءة والكتابة أو المهارات الحسابية التي تظهر أثناء مرحلة الطفولة أو المراهقة، كما يتضح من الأدلة المتراكمة من التقارير المدرسية وتقييم ملفات العمل، أو التقييمات السابقة. ومن الخصائص الرئيسية الثانية هي أن أداء الفرد على المهارات الأكاديمية المتأثرة هو أقل بكثير من المتوسط بالنسبة للعمر (معيار B). وأحد المؤشرات الإكلينيكية القوية على صعوبات تعلم المهارات الأكاديمية هو انخفاض التحصيل الدراسي بالنسبة للعمر أو بالنسبة لمتوسط التحصيل الدائم لمن يتلقون مستويات عالية للغاية من الجهد أو

الدعم. في الأطفال، انخفاض المهارات الأكاديمية يتسبب في حدوث تعارض كبير وتأثير على الأداء المدرسي (كما يتضح من التقارير المدرسية ودرجات أو تقديرات المدرسين). مؤشر إكلينيكي آخر، وخاصة في البالغين، هو تجنب الأنشطة التي تتطلب مهارات أكاديمية، وأيضا في مرحلة البلوغ، انخفاض المهارات الأكاديمية يتداخل مع الأداء المهني أو الأنشطة اليومية التي تتطلب هذه المهارات (كما يتضح من التقرير الذاتي أو التقرير من قبل الآخرين). ومع ذلك، فإن هذا المعيار يتطلب أدلة قياس نفسي psychometric من خلال اختبارات ومقاييس التحصيل الأكاديمي المعيارية المرجع [1] norm-referenced أو محكية المرجع [2] criterion-referenced والتي تقدم بشكل فردي وتتميز بخصائص سيكومترية قوية وأن تكون مناسبة ثقافيا. وتوزع المهارات الأكاديمية على فترة متصلة، لذلك ليس هناك نقطة قطع طبيعية التي يمكن استخدامها للتمييز بين الأفراد ذوي اضطراب التعلم المحدد أو بدون اضطراب التعلم المحدد. لذلك، استخدام أي حد فاصل/عتبة threshold لتحديد ما يشكل التحصيل الدراسي المنخفض بشكل ملحوظ هو إلى حد كبير أمر تعسفي وظالم (على سبيل المثال، المهارات الأكاديمية أقل بكثير مما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني).

تأتي درجات التحصيل المنخفضة على واحد أو أكثر من الاختبارات المعيارية أو الاختبارات الفرعية في المجال الأكاديمي (أي لا يقل عن ١.٥ انحراف معيارية [SD] تحت المتوسط على المنحنى الجرسي لتوزيع السكان بالنسبة للعمر، وهو ما يترجم إلى درجة معيارية ٧٨ أو أقل، وهو أقل من المئين السابع) هناك حاجة لمزيد من التشخيص المؤكد. ومع ذلك، وتختلف دقة الدرجات وفقا للاختبارات المعيارية المستخدمة بشكل كبير.

بناءً على الحكم الإكلينيكي، يمكن استخدام حد فاصل/عتبة threshold أكثر

١- الاختبارات المعيارية المرجع norm-referenced test : تقيم أداء الفرد في ضوء معايير معينة مأخوذة من العينة، والغرض من الاختبارات مرجعية المعيار ترتيب الأفراد وتفسير أدائهم من خلال المقارنة، وتتم المقارنة عن طريق المعايير التي يتم إعدادها للاختبار كما تتضح من المئينيات، الدرجات المعيارية، والمتوسطات، وتفسر درجة المفحوص على الاختبار بالنسبة إلى موقع درجته النسبي بين الدرجات الأخرى، وقد يكون الرقم النسبي للفرد إما فوق أو تحت متوسط المجموعة المعيارية.

٢- الاختبارات محكية المرجع criterion-referenced test: تقيم أداء الفرد في ضوء محك معين، والغرض من الاختبارات محكية المرجع تفسير أداء الفرد في ضوء مجموعة محددة من الكفايات الأدائية، وهي تصف أداء الفرد وتصنيف مستوى تمكنه أو إتقانه لمجموعة من الكفاءات الأدائية، وفيها تقارن أداء المفحوص بمستوى أداء مستقل محدد، ويعد هذا الأداء المستوى محكا تقارن به كل درجات الاختبار.

شاملا (على سبيل المثال، ١ – ٢,٥ انحراف معياري تحت المتوسط على المنحنى الجرسي لتوزيع السكان بالنسبة للعمر)، وذلك حينما تدعم صعوبات التعلم من خلال تقارب أدلة كلا من التقييم الإكلينيكي والتاريخ الأكاديمي؛ والتقارير المدرسية، أو درجات الاختبار. وعلاوة على ذلك، لأن الاختبارات المعيارية ليست متوفرة بجميع اللغات، يمكن عندئذ أن يستند التشخيص في جزء منه على الحكم الإكلينيكي لدرجات الاختبار المتوفر.

وهناك سمة أساسية ثالثة هي أن صعوبات التعلم تتضح للعيان في وقت مبكر من سنوات الدراسة في معظم الأفراد (معيار C). ومع ذلك، وفي حالات أخرى، صعوبات التعلم قد لا تظهر تماما إلا في سنوات الدراسة التالية، ويحلون ذلك الوقت وهو الوقت الذي فيه تزداد مطالب التعلم (من صعوبة المواد وكثرتها) وتتجاوز القدرات المحدودة للفرد.

وهناك سمة تشخيصية رئيسية أخرى وهي أن صعوبات التعلم تعتبر "محددة" لأربعة أسباب:

أولا: أنها لا تُعزى إلى الإعاقات الفكرية (إعاقة فكرية [اضطراب النمو الفكري])؛ تأخر نمائي شامل؛ اضطرابات سمعية أو بصرية، أو اضطرابات عصبية أو حركية) (المعيار D). اضطراب التعلم المحدد يؤثر على التعلم لدى الأفراد الذين يظهرون مستويات طبيعية من الأداء الفكري (تقدر عموما بدرجة معامل الذكاء IQ يزيد عن ٧٠ [± ٥ نقاط مما يسمح به لخطأ قياس])، عبارة "تحصيل أكاديمي أقل من المتوقع" وكثيرا ما يستشهد بها كسمة مميزة لاضطراب التعلم المحدد؛ على ذلك فإن صعوبات التعلم المحددة ليست جزءا من صعوبة التعلم بشكل عام والتي تظهر في الإعاقة الفكرية أو التأخر النمائي الشامل. اضطراب التعلم المحدد قد يحدث أيضا في الأشخاص الذي نعتبرهم فكريا "الموهوبين"، قد يكون هؤلاء الأفراد على ما يبدو قادرين على الحفاظ الأداء الأكاديمي المناسب باستخدام استراتيجيات تعويضية، وبذل جهد كبير جدا، أو تلقي المساعدة/الدعم، إلا أن مطالب التعلم أو إجراءات التقييم (على سبيل المثال، الاختبارات الموقوتة) تشكل العراقيل او العقبات التي تحول دون إظهار تعلمهم أو إنجاز المهام المطلوبة.

ثانيا: لا يمكن أن تُعزى صعوبة التعلم إلى عوامل خارجية بشكل عام، مثل الحرمان الاقتصادي أو البيئي، والتغيب المتكرر، أو اهمال التعليم على النحو المنصوص عليه عادة في سياق المجتمع والفرد.

ثالثا: لا يمكن أن تعزى صعوبة التعلم إلى الاضطرابات العصبية (مثل

السكتة الدماغية للأطفال) أو اضطرابات حركية أو اضطرابات سمعية أو بصرية، والتي غالبا ما ترتبط بمشاكل تعلم المهارات الأكاديمية ولكن يمكن تمييزها عن وجود علامات عصبية.

رابعا وأخيرا، صعوبة التعلم قد تكون مقصورة على مهارة أكاديمية واحدة أو مجال واحد (على سبيل المثال، قراءة كلمات مفردة، أو استرجاع أو حساب عدة مسائل).

التقييم الشامل مطلوب تشخيص اضطراب التعلم المحدد يمكن أن يتم فقط بعد بدء التعليم النظامي ولكن يمكن تشخيصها في أي وقت بعد ذلك في الأطفال والمراهقين، أو البالغين، ويتوفر الدليل على ظهور اضطراب التعلم المحدد في بداية سنوات التعليم الرسمي (أي الفترة النمائية). لا يوجد مصدر واحد للبيانات يكفي لتشخيص اضطراب التعلم المحدد. إلى حد ما، اضطراب التعلم المحدد هو تشخيص إكلينيكي على أساس مجموعة من التاريخ الطبي والتاريخ النمائي والتاريخ التعليمي، والتاريخ العائلي للفرد. فتاريخ صعوبة التعلم يشمل مظاهره السابقة والحالية، تأثير الصعوبة على الأداء الأكاديمي والمهني، أو الاجتماعي. التقارير المدرسية السابقة أو الحالية، ملفات أوراق العمل التي تتطلب مهارات أكاديمية؛ التقييم القائم على المنهج، والدرجات السابقة أو الحالية للاختبارات المعيارية الفردية للتحصيل الأكاديمي. في حال الشك في وجود اضطراب فكري، اضطراب حسي، اضطراب عصبي، أو اضطراب حركي، من ثم ينبغي أن يتضمن التقييم الإكلينيكي لاضطراب التعلم المحدد أيضا الأساليب المناسبة لهذه الاضطرابات. وهكذا، فإن التقييم الشامل ينطوي على إشراك المختصين ذوي الخبرة في اضطراب التعلم محدد وفي التقييم النفسي/ المعرفي. بما إن اضطراب التعلم المحدد عادة ما يستمر في مرحلة البلوغ، فإنه من النادر أن تكون هناك حاجة ضرورية إلى إعادة تقييم، إلا إذا كانت هناك إشارات على وجود تغيرات ملحوظة في صعوبات التعلم (تحسن أو تدهور) أو طلب إعادة التقييم لأغراض محددة.

الخصائص المصاحبة التي تدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis:

اضطراب التعلم المحدد يحدث في كثير من الأحيان، ولكن ليس دائما ما يسبق سنوات ما قبل المدرسة، بسبب تأخر في مهارات الانتباه، أو المهارات اللغوية، أو المهارات الحركية التي قد تتزامن مع اضطراب التعلم المحدد، ومن الشائع أن

يكون خلف (بروفيل) القدرات متفاوت وغير متكافئ، مثل قدرات أعلى من المتوسط في الرسم والتصميم والقدرات البصرية المكانية الأخرى، ولكن القراءة بطيئة، ومتعبة، وغير دقيقة/خاطئة وضعف الفهم في القراءة والتعبير الكتابي. الأفراد الذين يعانون من اضطراب التعلم المحدد عادة (لكن ليس دائماً) يظهرون ضعف الأداء في الاختبارات النفسية للمعالجة المعرفية. ومع ذلك، فإنه لا يزال من غير الواضح ما إذا كان هذا الضعف المعرفي هو السبب، ويرتبط بصعوبات التعلم أو أنه نتيجة لصعوبات التعلم.

أيضاً، على الرغم من أن الضعف المعرفي المرتبط بصعوبات تعلم قراءة الكلمات موثقة توثيقاً جيداً، تلك التي ترتبط مع غيرها من مظاهر اضطراب التعلم المحدد (على سبيل المثال، فهم القراءة، والعمليات الحسابية، والحساب، الكتابة التعبيرية) تحت المحدد أو غير معروفة.

وعلاوة على ذلك، وجد أفراد لديهم أعراض سلوكية مماثلة أو درجات اختبار فيكون ثديا مجموعة متنوعة من الضعف المعرفي، وقد وجد الكثير من هذا الضعف في المعالجة المعرفية أيضاً في الاضطرابات العصبية النمائية الأخرى (على سبيل المثال، نقص الانتباه/ فرط النشاط [ADHD]، اضطراب طيف التوحد، اضطرابات التواصل، واضطراب التناسق النمائي). وبالتالي، فإنه ليس مطلوباً ولا يشترط تقييم الضعف في العمليات المعرفية عند التقييم التشخيصي. اضطراب التعلم المحدد يصاحبها تزايد خطر التفكير في الانتحار suicidal ideation ومحاولات الانتحار suicide attempts لدى الأطفال والمراهقين، والبالغين.

لا توجد علامات بيولوجية معروفة لاضطراب التعلم المحدد. كمجموعة، الأفراد المصابون بهذا الاضطراب يظهرون تعديلات محدودة في العمليات المعرفية وبنية الدماغ ووظيفته. الاختلافات الوراثية (الجينية) تكون أيضاً واضحة على مستوى المجموعة، ولكن الاختبار المعرفي، تصوير الأعصاب، أو الاختبارات الجينية ليست مفيدة للتشخيص في هذا الوقت.

معدل الانتشار Prevalence :

انتشار اضطراب التعلم المحددة في المجالات الأكاديمية من القراءة والكتابة والرياضيات هو ٥ – ١٥٪ بين الأطفال في سن المدرسة عبر لغات وثقافات مختلفة. انتشار الاضطراب بين البالغين غير معروف ولكن يبدو أنه حوالي ٤٪.

التطور والدورة الزمنية Development and Course:

عادة بداية التعرف وتشخيص اضطراب التعلم محددة يحدث خلال سنوات المدرسة الابتدائية عندما يطلب من الأطفال تعلم القراءة، والهجاء، والكتابة، وتعلم الرياضيات. ومع ذلك، فإن العلامات التحذيرية مثل التأخر أو العجز اللغوي، الصعوبات في النطق أو العد، أو صعوبات في المهارات الحركية الدقيقة اللازمة للكتابة عادة تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة قبل بداية التعليم النظامي. المظاهر قد تكون سلوكية (على سبيل المثال، النفور من الانخراط في التعلم؛ السلوكيات المعارضة). اضطراب التعلم المحدد تلازم الفرد مدى الحياة، ولكن الدورة الزمنية والمصطلح الإكلينيكي متغيران، ففي جزء منها تعتمد على التفاعلات بين متطلبات المهام من البيئة، ومدى وشدة صعوبات تعلم الفرد، وقدرات التعلم لدى الفرد، الاضطرابات المصاحبة comorbidity، ونظم الدعم والتدخل المتاحة. ومع ذلك، فإن مشاكل فهم وطلاقة القراءة والهجاء والكتابة التعبيرية، والمهارات الحسابية في الحياة اليومية تستمر عادة في مرحلة البلوغ. التغيرات في مظاهر أعراض اضطراب التعلم المحدد تحدث مع التقدم في السن، لذلك قد يكون لدى الفرد مجموعة مستمرة او متغيرة من صعوبات التعلم عبر مراحل الحياة.

أمثلة الأعراض التي قد تتم ملاحظتها بين الأطفال قبل سن التعليم المدرسي تشمل عدم وجود اهتمام باللعب مع أصوات لغوية (على سبيل المثال، التكرار والإيقاع "تنغيم")؛ ويمكن ان يواجهوا مشكلة في تعلم أغاني الأطفال. يمكن للأطفال قبل سن المدرسة الذين يعانون من اضطراب التعلم المحدد أن يستخدموا اللغة الطفولية كثيرا، نطق الكلمات بشكل خاطئ mispronounce words، وصعوبة تذكر الحروف والأرقام، أو أيام الأسبوع. وقد يفشلون في التعرف على الحروف المكونة لأسمائهم، وصعوبة في تعلم العد. الأطفال في سن الروضة والذين يعانون من اضطراب التعلم المحدد قد يكونوا غير قادرين على التعرف وكتابة الحروف، وقد يكونوا غير قادرين على كتابة أسمائهم، أو قد يستخدموا التهجئة المخترعة، وقد يكون لديهم مشكلة في تقسيم الكلمات المنطوقة إلى مقاطع (على سبيل المثال، راعي البقر إلى 'راعي' و'البقر') ومشكلة تمييز الكلمات التي بها قافية (على سبيل المثال، غاب، شاب، هاب). والأطفال في سن الروضة أيضا قد يكون لديهم مشكلة في عقد صلة بين الحروف وأصواتها (على سبيل المثال، الحرف ب يصدر الصوت/ ب /). ويمكن أن يكونوا غير قادرين على التعرف على المقاطع

الصوتية phonemes (على سبيل المثال، أي من الكلمات التالية تماثل كلمة (ضار) في اللفظ الصوتي ولد، غار، رجل)

اضطراب التعلم المحدد في الأطفال في سن المدرسة الابتدائية يظهر عادة في وجود صعوبة ملحوظة في تعلم تجانس الحرف والصوت (خاصة عند الأطفال الناطقين بالإنجليزية)، يجيد تفسير الكلمات والتهجئة أو الحقائق الرياضية. القراءة الجهرية بطيئة وغير دقيقة ومتعبة، وبعض الأطفال يبذلون جهد كبير من أجل فهم مقدار الذي تمثله الأرقام المنطوقة أو المكتوبة. الأطفال في الصفوف الابتدائية (الصفوف من ١–٣) قد يستمر لديهم مشاكل التعرف أو معالجة المقاطع الصوتية، فيكونوا غير قادرين على قراءة الكلمة شائعة من مقطع واحد (مثل نام أو عطش)، ويكونوا غير قادرين على التعرف على الكلمات الشائعة الغير منتظمة (على سبيل المثال، شاهد، ينظر). وقد يرتكبون أخطاء في القراءة التي تشير إلى وجود مشاكل في ربط الأصوات والحروف (على سبيل المثال، يقرأ كلمة "كبير" فينطقها "بعيد") ولديهم صعوبة في تسلسل الأرقام والحروف. قد يكون الأطفال في الصفوف من ١–٣ لديهم أيضا صعوبة في تذكر حقائق الأرقام أو الإجراءات الحسابية لعمليات الجمع والطرح، وهكذا... وربما يشتكون من أن صعوبة القراءة أو الرياضيات ويتجنبون القيام بذلك.

الأطفال الذين يعانون من اضطراب التعلم المحدد في الصفوف المتوسطة (الصفوف من ٤–٦) قد يلفظون الكلمات بشكل خاطئ، أو يتخطون أجزاء في الكلمات الطويلة والكلمات متعددة المقاطع (على سبيل المثال، يقولون "وجبات" على "واجبات"، "حونات" على "حيوانات") والخلط بين الكلمات التي تُسمع صوتيا على نحو مشابه نفس (على سبيل المثال، "احتفال" أو "احتمال"). وقد يكون لديهم مشاكل في تذكر التواريخ، والأسماء وأرقام الهواتف وربما مشاكل في إكمال الواجبات المنزلية أو الاختبارات في الوقت المحدد. الأطفال في الصفوف الوسطى قد يكون لديهم أيضا ضعف الفهم مع أو بدون قراءة بطيئة ومتعبة وخاطئة، وقد يكون لديهم مشكلة في قراءة الكلمات الوظيفية الصغيرة "كحروف الجر وأسماء الإشارة..." (على سبيل المثال، هذا، في، على،...). وقد يكون لديهم ضعف في التهجئة وضعف في الكتابة الإملائية.

قد ينطقون الجزء الأول من الكلمة بشكل صحيح، ثم بعد ذلك يخمنون بشكل عشوائي (على سبيل المثال، وقراءة "الثوار" ينطقها "الثرب")، ويمكن يعبرون عن خوفهم من القراءة بصوت عال أو يرفضون القراءة بصوت عال.

على النقيض من ذلك، فالمراهقين قد يتقنون تفسير الكلمات، ولكن لا تزال قراءتهم بطيئة ومتعبة، وأنه من المرجح أن يظهرون مشاكل ملحوظة في فهم القراءة والكتابة التعبيرية (بما في ذلك التهجئة الخاطئة) وضعف التمكن من حقائق الرياضيات أو حل المشكلة الرياضية. خلال فترة المراهقة وحتى سن البلوغ، الأفراد الذين يعانون من اضطراب التعلم المحدد ربما يستمرون في عمل العديد من الأخطاء الهجائية وقراءة كلمات مفردة ويصلّان النص ببطء وبكثير من الجهد، مع مشاكل في نطق الكلمات متعددة المقاطع. قد يحتاجون في كثير من الأحيان إلى إعادة قراءة المواد لفهمها أو للحصول على النقاط الرئيسية ولديهم مشكلة في الوصول للاستدلالات من خلال النص المكتوب. المراهقين والبالغين قد يتجنبون الأنشطة التي تتطلب القراءة أو الرياضيات (القراءة من أجل المتعة، وقراءة التعليمات). البالغين الذين يعانون من اضطراب التعلم المحدد لديهم مشاكل في التهجئة المستمرة، أو القراءة البطيئة والمتعبة أو مشاكل في الوصول إلى الاستدلالات الهامة من خلال المعلومات الرقمية في وثائق مكتوبة لها علاقة بالعمل. وقد يتجنبون كلاً من الأنشطة الترفيهية والأنشطة المتعلقة بالعمل والتي تتطلب القراءة أو الكتابة أو استخدام أساليب بديلة للوصول إلى النشر (على سبيل المثال، برنامج تحويل النص إلى كلام/ الكلام إلى نص، الكتب المسموعة، وسائل الإعلام السمعية البصرية).

المصطلح الإكلينيكي البديل هو صعوبات التعلم المحدودة التي تستمر عبر مراحل العمر، مثل عدم القدرة على إتقان المعنى الأساسي للرقم (على سبيل المثال، معرفة أي زوج من الأرقام أو النقاط التي تمثل كمية أكبر)، أو عدم إتقان تحديد كلمة أو الهجاء. تجنب أو عدم الرغبة في الاشتراك في الأنشطة التي تتطلب المهارات الأكاديمية هو أمر شائع في الأطفال والمراهقين، والبالغين. الحلقات القلق أو اضطرابات القلق الشديد، بما في ذلك الشكاوى الجسدية أو نوبات الهلع، شائعة عبر مراحل الحياة ومرافقة لكلا من صعوبات التعلم المحدودة وصعوبات التعلم بمصطلحها الواسع.

عوامل الخطر والتنبؤ Risk and Prognostic Factors:

بيئيا Environmental: الخداج أو الوزن منخفض جدا عند الولادة يزيد من مخاطر اضطراب التعلم المحدد، وكذلك تعرض الجنين للنيكوتين.

الوراثية/ الجينية والفسيولوجية Genetic and physiological: يظهر اضطراب التعلم المحدد عموما في الأسر، وخاصة عندما يؤثر على القراءة،

والرياضيات، والهجاء. الخطر النسبي لاضطرابات التعلم المحدد في القراءة أو الرياضيات هو أعلى بكثير (على سبيل المثال، ٤ – ٨ مرات و ٥ – ١٠ أضعاف، على التوالي) في أقارب الدرجة الأولى للأفراد الذين يعانون من هذه الصعوبات التعلم مقارنة مع تلك التي بدونها. التاريخ العائلي لصعوبات القراءة (الديسلكسيا) ومهارات القراءة والكتابة للوالدين يتنبأ بمشاكل في القراءة والكتابة أو اضطراب التعلم المحدد في الذرية الثانية، مما يدل على الدور المشترك للعوامل الوراثية والبيئية.

هناك توريث عالي لكلا من القدرة على القراءة وعجز القراءة في اللغات الأبجدية وغير الأبجدية، بما في ذلك التوريث العالي لمعظم مظاهر قدرات وصعوبات التعلم (على سبيل المثال، تقدر القيم الوراثية بأكبر من ٠,٦). الاختلاف المشترك بين مختلف مظاهر صعوبات التعلم مرتفع، مما يشير إلى أن الجينات المتعلقة لدى أحد المظاهر ترتبط إلى حد كبير مع الجينات المتعلقة بمظهر آخر.

معدلات الدورة Course modifiers: المشاكل الملحوظة مع سلوك نقص الانتباه في سنوات ما قبل المدرسة تتنبئ بصعوبات لاحقة في القراءة والرياضيات (ولكن ليس بالضرورة اضطراب التعلم المحدد) وعدم الاستجابة للتدخلات الأكاديمية الفعالة. التأخر أو الاضطرابات في الكلام أو اللغة، أو ضعف المعالجة المعرفية (على سبيل المثال، الوعي الصوتي، الذاكرة العاملة، التسمية المتسلسلة السريعة) في سنوات ما قبل المدرسة، تتنبئ لاحقاً عن اضطراب التعلم المحدد في القراءة والكتابة التعبيرية. الاضطرابات المصاحبة مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD يتكون تنبوية بأسوأ نتائج للصحة النفسية من تلك الاضطرابات المصاحبة التي ترتبط باضطراب التعلم المحدد بدون اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD. الإرشادات المنهجية والمكثفة والفردية، والتي تستخدم التدخلات القائمة على الأدلة، قد تحسن أو يخفف من صعوبات التعلم عند بعض الأفراد أو تشجع على استخدام استراتيجيات تعويضية لدى البعض الآخر، وبالتالي التخفيف من النتائج السيئة.

قضايا التشخيص المتعلقة بالثقافة السائدة

Culture Related Diagnostic issues

يحدث اضطراب التعلم المحدد في كافة اللغات والثقافات والأعراق والظروف الاجتماعية والاقتصادية، ولكن قد تختلف في كل مظاهرها وفقاً لطبيعة نظم الرموز المنطوقة والمكتوبة والممارسات الثقافية والتعليمية. على سبيل المثال،

متطلبات المعالجة المعرفية للقراءة والتعامل مع الأرقام تختلف اختلافاً كبيراً في الضوابط الهجائية.

في اللغة الإنجليزية، العرض الإكلينيكي المميز الذي يمكن ملاحظته في صعوبات تعلم القراءة هو القراءة الخاطئة والبطيئة في الكلمات المفردة؛ في اللغات الأبجدية الأخرى التي لديها اقتران أكثر مباشرة بين الأصوات والحروف (على سبيل المثال، الإسبانية، الألمانية) واللغات غير الأبجدية (على سبيل المثال، الصينية، اليابانية)، السمة المميزة هي القراءة بطيئة ولكنها دقيقة. في المتعلمين باللغة الإنجليزية ينبغي أن يتضمن التقييم النظر في ما إذا كان مصدر الصعوبات في القراءة هو الإجادة المحدودة للغة الإنجليزية أو أنه اضطراب التعلم المحدد. عوامل الخطر لاضطراب التعلم المحدد في متعلمي اللغة الإنجليزية تتضمن تاريخ عائلي من اضطراب التعلم المحدد أو تأخر لغوي في اللغة الأصلية (اللغة الأم)، بالإضافة إلى صعوبات التعلم في اللغة الإنجليزية وعدم القدرة على مجاراة أقرانهم. إذا كان هناك اشتباه في الاختلافات الثقافية أو اللغوية (على سبيل المثال، كما هو الحال في متعلم اللغة الإنجليزية)، يحتاج التقييم أن يأخذ في الاعتبار الكفاءة اللغوية للفرد في لغته الأولى أو لغته الأصلية بالإضافة إلى اللغة الثانية (في هذا المثال، الإنجليزية). أيضاً، التقييم يجب أن ينظر في السياق اللغوي والثقافي الذي يعيش الفرد فيه، بالإضافة إلى التاريخ التعليمي وتاريخ التعلم في الثقافة الأصلية واللغة الأصلية.

قضايا التشخيص المتعلقة بالنوع Gender-Related Diagnostic issues :

اضطراب التعلم المحدد هو أكثر شيوعاً في الذكور من الإناث (نسبة تتراوح من حوالي ٢ : ١ إلى ٣ : ١)، ولا يمكن أن تعزى إلى عوامل مثل تحيز التمييز، والاختلاف في التعريف أو القياس، اللغة، العرق، والوضع الاقتصادي الاجتماعي.

النتائج/الآثار الوظيفية لصعوبات التعلم المحدد

Functional Consequences of Specific Learning Disorder

اضطراب التعلم المحدد يمكن أن يكون له عواقب سلبية وظيفية عبر مراحل العمر، يتضمن ذلك انخفاض التحصيل الدراسي، وارتفاع معدلات التسرب من المدارس الثانوية، وانخفاض معدلات التعليم الجامعي، ومستويات عالية من الكدر النفسي وضعف الصحة النفسية بشكل عام، وارتفاع معدلات البطالة والبطالة المقنعة،

وانخفاض الدخل، التسرب من المدرسة بالاشتراك مع حدوث أعراض الاكتئاب تزيد من خطر نتائج سوء الصحة النفسية، بما في ذلك الانتحار، في حين أن المستويات العالية من الدعم الاجتماعي أو العاطفي تتنبأ بنتائج أفضل للصحة النفسية.

التشخيص الفارق Differential Diagnosis:

الاختلافات الطبيعية في التحصيل الأكاديمي Normal variations in academic attainment: يتميز اضطراب التعلم المحدد حاليا عن الاختلافات الطبيعية في التحصيل الأكاديمي بسبب العوامل الخارجية (على سبيل المثال، نقص الفرص التعليمية، وضعف التعليم بشكل متواصل، وتعلم لغة ثانية)، ولأن صعوبات التعلم مستمرة في وجود الفرص التعليمية الكافية والتعرض لنفس التعليمات ضمن نفس مجموعة الأقران، والكفاءة في لغة التدريس، حتى لو كانت مختلفة عن اللغة الأصلية.

الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) Intellectual disability (intellectual developmental disorder) اضطراب التعلم المحدد يختلف عن صعوبات التعلم العامة المرتبطة بالإعاقة الفكرية، لأن صعوبات التعلم تحدث في وجود مستويات طبيعية من الأداء العقلي (أي درجة الذكاء لا يقل عن ٧٠ ± ٥).

إذا وجدت الإعاقة الفكرية، اضطراب التعلم المحدد يمكن تشخيصه فقط عندما تتجاوز صعوبات التعلم تلك الصعوبات في التعلم التي ترتبط عادة مع الإعاقة الفكرية.

صعوبات التعلم بسبب اضطرابات عصبية أو حسية Learning difficulties due to neurological or sensory disorders: يتميز اضطراب التعلم المحدد من صعوبات التعلم بسبب اضطرابات عصبية أو حسية (مثل السكتة الدماغية للأطفال، إصابات الدماغ، الإعاقة السمعية، الإعاقة البصرية)، لأن في هذه الحالات هناك نتائج غير طبيعية في الفحص العصبي.

اضطراب العصبية المعرفية Neurocognitive disorders: اضطراب التعلم المحدد يتميز عن مشاكل التعلم المرتبطة مع الاضطرابات المعرفية الانتكاسية العصبية neurodegenerative cognitive disorders؛ لأنه في اضطراب التعلم المحدد المصطلح الإكلينيكي لصعوبات التعلم المحدد يحدث خلال فترة النمو، والصعوبات لا تظهر كتدهور ملحوظ عن الحالة السابقة.

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط **ADHD**: نقص الانتباه/ فرط النشاط. اضطراب التعلم المحدد يتميز عن ضعف الأداء الأكاديمي المرتبط باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، لأنه في حالة الأخيرة قد لا يعكس بالضرورة مشاكل صعوبات محددة في تعلم المهارات الأكاديمية بل قد يعكس الصعوبات في أداء تلك المهارات. ومع ذلك، فإن اشتراك حدوث اضطراب التعلم المحدد واضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHDهو أكثر شيوعا مما كان متوقعا أنه مجرد صدفة. فإذا تم استيفاء معايير كلاهما فلا بد من التشخيص بحدوثهما في نفس الوقت.

الاضطرابات الذهانية **Psychotic disorders**: اضطراب التعلم المحدد يتميز عن صعوبات التجهيز المعرفي الأكاديمي والمرتبطة بالفصام أو الذهان، لأنه مع هذه الاضطرابات هناك تدهور (غالبا سريع) في هذه المجالات الوظيفية.

الاضطرابات المصاحبة Co-morbidity :

اضطراب التعلم المحدد تحدث عادة بالترافق مع الاضطرابات النمائية العصبية (على سبيل المثال، ADHD، اضطرابات التواصل، اضطراب التناسق النمائي، اضطراب طيف التوحد) أو غيرها من الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال، اضطرابات القلق، والاكتئاب والاضطرابات ثنائية القطب).

هذه الاضطرابات المصاحبة لا تستبعد بالضرورة تشخيص اضطراب التعلم المحدد ولكنها قد تجعل الاختبار والتشخيص الفارق أكثر صعوبة، لأن كل واحد من الاضطرابات المصاحبة يتداخل بشكل مستقل مع أداء أنشطة الحياة اليومية، بما في ذلك التعلم. وبالتالي، الحكم الإكلينيكي يكون مطلوب أن ينسب هذا الضعف إلى صعوبات التعلم. إذا كان هناك إشارة إلى أن تشخيص آخر يمكن أن يفسر صعوبات تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية كما هو موضح في المعيار A، لا ينبغي أن يتم التشخيص باضطراب التعلم محدد.

جدول (٩)
يوضح التشخيص الفارق لاضطراب التعلم المحدد

اضطراب التعلم المحدد، والذي يتميز من خلال صعوبات في التعلم وصعوبات في استخدام المهارات الأكاديمية (على سبيل المثال، القراءة، الإملاء، التعبير الكتابي، وأداء العمليات الحسابية، والمنطق الرياضي)، يجب أن يفرق من...	وعلى النقيض من اضطراب التعلم المحدد...
الاختلافات الطبيعية في التحصيل الدراسي Normal variations in academic attainment	لا تؤدي إلى تأثير دال إكلينيكيا على التحصيل الدراسي والأداء المهني، أو أنشطة الحياة اليومية التي تتطلب هذه المهارات الأكاديمية، والمهارات الأكاديمية المتضررة ليست بشكل كبير وبكميات أقل من تلك المتوقعة للعمر الزمني للفرد (استنادا إلى مقاييس مقننة مناسبة)، أو تزول الصعوبات مع توفير التدخلات التي تستهدف هذه الصعوبات.
ضعف الأداء الأكاديمي بسبب انعدام الفرص أو سوء التدريس، أو تعلم لغة ثانية Poor academic performance due to lack of opportunity, poor teaching, or learning in a second language	تمثل عوامل خارجية للفرد وبالتالي لا تعد مؤشرا على خلل داخلي، لتبرير التشخيص باضطراب التعلم المحدد، يجب تكون صعوبات التعلم لا تزال قائمة في وجود فرص تعليمية كافية، والتعرض لنفس التعليمات ضمن جماعة الأقران، والكفاءة في لغة التدريس.
ضعف الأداء الأكاديمي بسبب ضعف الرؤية أو السمع أو عجز عصبي آخر Poor academic performance due to impaired vision or hearing or other neurological deficit	هل في المستوى الذي يتوقع نظرا لطبيعة العجز الحسي أو العصبي، لا يزال من الممكن تشخيص اضطراب التعلم المحدد إذا لم تكن الصعوبات الأكاديمية تعتبر بشكل كافي بسبب عجز حسي أو عصبي.
الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري)	تتكون من وجود ضعف عام في الأداء الفكري الذي لا يقتصر على مهارة أكاديمية معينة.

Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder)	يمكن تشخيص اضطراب التعلم المحدد جنبًا إلى جنب مع الإعاقة الذهنية طالما أن صعوبات التعلم تتجاوز تلك التي ترتبط عادة مع الإعاقة الفكرية.
اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder	يشمل صعوبة مستمرة في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، جنبًا إلى جنب مع أنماط محدودة ومتكررة من السلوكيات، أو الاهتمامات، أو الأنشطة؛ ولا تقتصر هذه الصعوبات والأنماط على مهارة أكاديمية معينة.
اضطراب التواصل Communication Disorders	تنطوي على ضعف في الكلام أو المهارات اللغوية التي لا تقتصر على مهارات أكاديمية معينة، مثل القراءة أو الكتابة.
اضطراب معرفي عصبي جسيم Major Neurocognitive Disorder	تتجلى الصعوبات في انخفاض ملحوظ عن الحالة السابقة، بينما في اضطراب التعلم المحدد تحدث الصعوبات خلال فترة النمو ولا يتشكل اضطراب التعلم المحدد من خلال فقدان المهارات المكتسبة مسبقًا.
اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	يتميز من خلال المشاكل التي تعكس صعوبات في أداء المهارات الأكاديمية بسبب عدم الانتباه وفرط النشاط و/ أو الاندفاعية بدلا من صعوبات تعلم مهارات أكاديمية محددة.
الفصام Schizophrenia	صعوبات المعالجة المعرفية والصعوبات الأكاديمية المرتبطة بها قد يؤدي غالبا إلى انخفاض سريع في الأداء الأكاديمي والذي يبدأ في الظهور في سن المراهقة أو البلوغ المبكر، في حين أن صعوبات التعلم في اضطراب التعلم المحدد يصبح واضحا خلال سنوات الدراسة الابتدائية عندما يطلب من الأطفال تعلم القراءة والهجاء والكتابة والرياضيات.

٧

اضطرابات الحركة

Motor Disorders

اضطرابات الحركة
Motor Disorders

مقدمة :

اضطراب حركة عادة يعرف بأنه خلل في تنفيذ الحركات المقصودة الهادفة المناسبة وبالسرعة المناسبة، خلل الوضعية، وجود حركات لا إرادية غير طبيعية، أو أداء الحركات التي تظهر طبيعية في أوقات غير مناسبة أو غير مقصودة. حركة غريبة/غير مألوفة ليست بسبب ضعف أو قوة العضلات الغير طبيعية، ولكن قد تكون مصحوبة بضعف أو درجة غير طبيعية.

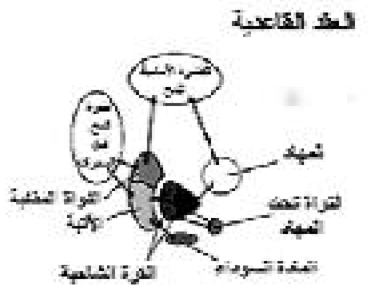
وتنقسم اضطرابات الحركة إلى فئتين رئيسيتين، الأول هو اضطرابات فرط الحركة، التي يشار إليها أحيانا خلل الحركة. يشير هذا المصطلح إلى حركات لا إرادية متكررة وغير طبيعية ويشمل معظم اضطرابات الحركة في مرحلة الطفولة، بما في ذلك اللزمات، الرقص/الحركة الانتفاضية أو الشد العضلي، التقلص العضلي، الحركات النمطية، والرعاش. والفئة الثانية هي اضطرابات قصور الحركة، التي يشار إليها أحيانا باسم اضطرابات تعذر الحركة/ جامدة. اضطراب الحركة الأساسي في هذه الفئة هو الشلل الرعاش، والذي يظهر في المقام الأول في مرحلة البلوغ كمرض باركنسون أو واحد من العديد من أشكال الشلل الرعاش الثانوي. واضطرابات قصور الحركة غير شائعة نسبيا في الأطفال، وعلى الرغم من أنه خلل الحركة يتميز بالترنح، والضعف، والتشنج، إلا أنه لا يتم تضمين هذه الخصائص بين اضطرابات الحركة.

مكونات الجهاز العصبي المركزي المتضمنة عادة في اضطرابات الحركة هي العقد القاعدية basal ganglia [1] (المذنبة caudate، النطاقة putamen، الكرة الشاحبة Globus pallidum، نواة تحت المهاد subthalamic nucleus، المادة السوداء substantia nigra) [2] والقشرة الأمامية، لإنجاز سلسلة منسقة من الحركة،

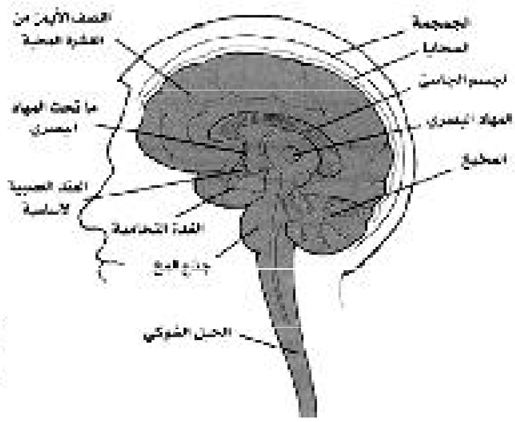
١- العقد القاعدية basal ganglia هي مجموعة من النوى (عقد هي مجموعة من أجسام الخلايا) داخل الدماغ (باستثناء في الدماغ، العقد القاعدية هي جزء من الجهاز خارج الهرمي). وتشترك العقد القاعدية في مجموعة متنوعة من الوظائف، بما في ذلك مراقبة الحركة الطوعية، والتعلم الإجرائي، والسلوكيات الروتينية أو العادات مثل صرير الأسنان، حركات العين، والإدراك والعواطف والعاطفة.

٢- المادة السوداء Substantia Nigra في الدماغ المتوسط وتحتوي على عصبونات دوبامينية وأخرى غابا، وتشكل جزءا من العقد القاعدية ولها دور في التحكم بالحركة. وفقدان عصبوناتها الدوبامينية هو السبب المرضي الباثولوجي الأكبر في مرض باركنسون.

يتطلب ذلك شبكة متعددة الأوجه من مناطق الدماغ، بما في ذلك العقد القاعدية والقشرة المخية الجبهية، ولكن أيضا المهاد، المخيخ والنخاع الشوكي، الأعصاب الطرفية، والعضلات.



تتكون العقد القاعدية من تجمعات الخلايا العصبية وهي تتصل بقشرة المخ والمهاد، وهي تتكون من النواة تحت المهاد، والمادة السوداء، والكرة الشاحبة، والآلية، والنواة المذنبة



ومن المهم أن تدرك مكونات الجهاز العصبي التي تشارك في التحكم في الحركة لأن تحديد السبب في كثير من الأحيان يعتمد على المكان. وعليه فإنه عندما تواجه اضطراب الحركة، فإنه يجب طرح الأسئلة الرئيسية التالية:

١- هل نمط حركات طبيعية أو غير طبيعية؟

٢- هل عدد الحركات يزداد أو يقل؟

٣- هل نوبات الحركة المرضية (تظهر وتختفي فجأة)، مستمر (تتكرر مرة ومرة)، أو مستمرة (بدون توقف)؟

٤- هل اضطراب الحركة تغير مع مرور الوقت؟

٥ هل المنبهات البيئية أو الحالة الانفعالية/العاطفية تعدل اضطراب الحركة؟؟

٦- هل يمكن قمع الحركات اختياريا/إراديا؟

٧- هل هناك علامات تحذيرية تنبأ بالحركات غير الطبيعية من خلال إحساس أو دافع ملح ؟

٨ هل هناك نتائج بناءا على فحص توحي بوجود قصور/عجز عصبي مركزي أو أمراض تداخلية؟

٩ هل هناك تاريخ عائلي لحالة مماثلة أو حالة من الأقارب؟

١٠- هل يقل اضطراب الحركة مع النوم؟

في الممارسة الإكلينيكية، تشخيص اضطراب الحركة يتطلب التقدير النوعي

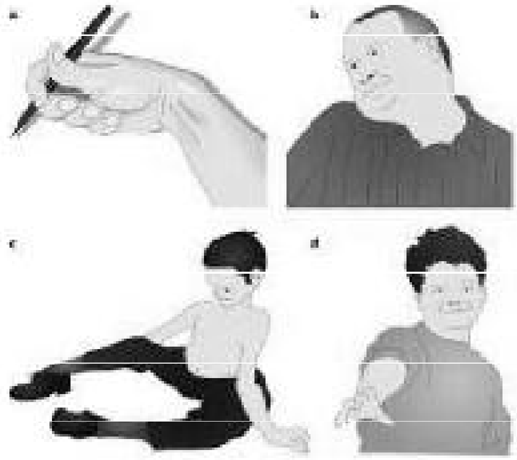
نوع الحركة والسياق. وبالنسبة للحركات غير طبيعية قد يكون من الصعب تحديدها. لتصنيف الاضطراب ظاهرياً، ينبغي للمرء وصف خصائص الحركات (الجدول ١)؛ ولكن حتى في ظل أفضل الظروف، قد تكون اضطرابات الحركة من الصعب تمييزها. فداء الرقص Chorea يمكن أن يشبه التقلص العضلي myoclonus. الشد العضلي dystonia يمكن أن يشبه التشنج spasticity. واضطرابات نوبة الحركة المرضية paroxysmal movement disorders مثل الشد العضلي dystonia و والزمات Tics قد تشبه مشاكل نوبات عصبية مرضية أخرى paroxysmal neurologic problems، أي الصرع seizures. الحركات في بعض السياقات قد تكون طبيعية، وفي حالات أخرى قد تشير إلى وجود أمراض كامنة. على سبيل المثال، يمكن أن حركة العين المتكررة تكون طبيعية ومناسبة في موضع واحد (عاصفة رملية)، ولكن المبالغة في موضع آخر (اضطرابات اللزمة). الحركات التي تثير القلق لاضطراب اكتئابي في المراهقين (تقلص عضلي myoclonus) قد تكون طبيعية تماماً في الرضع (تقلص عضلي حميد لحديثي الولادة). في هذه المقالة، ونحن نناقش معظم اضطرابات فرط الحركة، ولكن التركيز على التشنجات اللاإرادية، رقص، وخلل التوتر.

جدول (١٠)

التصنيف الظاهري لاضطرابات الحركة

اضطراب الحركة	وصف موجز
اللزمات Tics	متقطعة الرتابة/النمطية، مفاجئة، منفصلة، متكررة، والحركات غير منتظمة/ إيقاعية، في معظم الأحيان تمس الرأس والجزء العلوي من الجسم.
داء الرقص/حركات انتفاضية	حركات راقصة، عشوائية، متكررة، وجيزة، والحركات غير هادفة سريعة، ولكن ليس بسرعة التقلص العضلي. عندما تبلغ أقصى مدى، وحركات الأطراف راقصة غالبا ما تسمى حركات انتفاضية.
الشد العضلي المتكرر Dystonia Repetitive	مستمر، حركات وأوضاع/ تموضع غير طبيعية. أوضاع/ تموضع غير طبيعي عادة يأخذ شكل الالتواء.
التقلص العضلي المفاجئ Myoclonus Sudden	مفاجئ، وجيزة، حركات مثل الصدمة التي قد تكون متكررة أو الإيقاعي.

اضطراب الحركة	وصف موجز
الرتابة/النمطية Stereotypy	الرتابة منفوشة، عرضية، متكررة، بدون هدف، حركات منتظمة/إيقاعية.
الرعاش Tremor	تذبذب منتظم/إيقاعي حول نقطة مركزية أو موقف ينطوي على واحد أو أكثر من أجزاء الجسم.
الباركنسونية /الشلل الرعاش Parkinsonism	متلازمة قصور الحركة تتميز برعاش الأطراف، حركة بطيئة (بطء الحركة)، والصلابة، وعدم الاستقرار الوضعي.



صورة للتشد العضلي Dystonia



صورة للتقلص العضلي Myoclonus

اضطرابات الحركة
Motor Disorders
في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية
DSM 5

اضطراب التناسق النمائي
Developmental Coordination Disorder

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria:

A- اكتساب وتنفيذ المهارات الحركية المتناسقة أقل بكثير من المتوقع بالنسبة للعمر الزمني للفرد وبالنسبة للفرص المتاحة لتعلم هذه المهارات واستخدامها. تبدو الصعوبات من خلال الحماقات (على سبيل المثال، الاصطدام بالأشياء وإسقاطها) وكذلك البطء وعدم الدقة في أداء المهارات الحركية (على سبيل المثال، مسك الأشياء، واستخدام مقص أو أدوات المائدة، والكتابة اليدوية، وركوب الدراجة، أو المشاركة في الألعاب الرياضية).

B- العجز في المهارات الحركية في المعيار A يؤثر (يتداخل) بشكل كبير وباستمرار على أنشطة الحياة اليومية المناسبة للعمر الزمني (على سبيل المثال، الرعاية الذاتية المحافظة على الذات) ويؤثر على الإنتاجية الأكاديمية/ المدرسية، والأنشطة ما قبل المهنية والمهنية، والترفيه، واللعب.

C- بدء ظهور الأعراض في فترة النمو المبكرة.

D- لا يتم تفسير العجز في المهارات الحركية بشكل أفضل من خلال الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الذهني) أو ضعف البصر ولا تعزى إلى حالة عصبية تؤثر على الحركة (على سبيل المثال، الشلل الدماغي، ضمور العضلات، الاضطرابات الانتكاسية).

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features:

يتم تشخيص اضطراب التناسق النمائي من خلال تجميع إكلينيكي للتاريخ (النمائي والطبي)، والفحص البدني، تقرير المدرسة أو تقرير العمل، والتقييم الفردي باستخدام اختبارات القياس النفسي المعيارية المناسبة والملائمة ثقافياً. مظهر من مظاهر ضعف المهارات التي تتطلب التناسق الحركي (المعيار A) يختلف بالنسبة العمر. قد يتأخر الأطفال الصغار في اكتساب المهارات الحركية

(أي الجلوس والحبو والمشي)، على الرغم من اكتساب العديد من مهارات النمو الحركي الطبيعي. كما أنهم قد يتأخرون في تطوير مهارات مثل صعود ونزول الدرج، البدالات، تزرير القمصان، وإكمال الألغاز، واستخدام السحاب (السوستة). وحتى عندما يكتسبون المهارة قد يظهرون أداء حركي غريب، وبطيء، أو أقل دقة عن أقرانهم. يمكن للأطفال الأكبر سنا والبالغين قد يظهرون سرعة بطيئة أو عدم دقة في الجوانب الحركية من الأنشطة مثل تجميع البازل، وبناء النماذج، ولعب الكرة (وخاصة مع الفريق)، الكتابة اليدوية، والكتابة على الكمبيوتر، والقيادة، أو القيام بمهارات الرعاية الذاتية.

يتم تشخيص اضطراب التناسق النمائي فقط إذا كان الضعف في المهارات الحركية يؤثر بشكل كبير على الأداء، أو المشاركة في الأنشطة اليومية الأسرية، والاجتماعية، والمدرسية، أو الحياة المجتمعية (المعيار B). وتشمل الأمثلة على هذه الأنشطة ارتداء الملابس، وتناول الطعام في الأواني المناسبة للفئة العمرية ودون فوضى، والمشاركة في الألعاب البدنية مع الآخرين، استخدام أدوات محددة في الصف مثل المساطر والمقصات، والمشاركة في أنشطة التمارين الجماعية في المدرسة. ليس فقط تضعف القدرة على تنفيذ هذه الإجراءات، ولكن أيضا يلاحظ بطء ملحوظ في التنفيذ أثر شائع. وكثيرا ما تتأثر كفاءة الكتابة اليدوية، مما يؤثر بالتالي على وضوح و/أو سرعة الكلمات المكتوبة والتي تؤثر على التحصيل الدراسي (يتميز التأثير عن صعوبات التعلم المحددة بالتركيز على العناصر الحركية لمهارات الكتابة). في البالغين، مهارات الحياة اليومية في التعليم والعمل، وخاصة تلك التي تتطلب السرعة والدقة، تتأثر بمشاكل التناسق.

ينص المعيار C على أن ظهور أعراض اضطراب التناسق النمائي يجب أن يكون في فترة النمو المبكرة. ومع ذلك، عادة لا يتم تشخيص اضطراب التناسق النمائي قبل سن ٥ سنوات لأن هناك قدرا كبيرا من الاختلاف في العمر عند اكتساب العديد من المهارات الحركية أو عدم وجود ثبات في القياس في مرحلة الطفولة المبكرة (على سبيل المثال، بعض الأطفال يستكملون اكتساب المهارات الحركية والبعض الآخر لا) أو لأسباب أخرى من أن التأخر الحركي لم يظهر بعد بشكل كامل.

ويحدد المعيار D التشخيص باضطراب التناسق النمائي في حالة إذا لم يتم شرح صعوبات التناسق بشكل أفضل من خلال ضعف البصر أو أنها تعزى إلى حالة عصبية، وبالتالي، يجب إدراج فحص الوظيفة البصرية والفحص العصبي في التقييم التشخيصي. إذا وجدت الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري)،

والصعوبات الحركية التي تتجاوز المتوقع للعمر العقلي. ومع ذلك، لم يتم تحديد درجة ذكاء IQ قاطعة أو تحديد معيار للتباين.

اضطراب التناسق النمائي ليس لديه أنواع فرعية منفصلة، ومع ذلك، قد يكون ضعف الأفراد في الغالب في المهارات الحركية الكبرى أو في المهارات الحركية الدقيقة، بما في ذلك مهارات الكتابة.

وهناك مصطلحات أخرى تستخدم لوصف اضطراب التناسق النمائي تشمل اضطراب التناسق الحركي في الطفولة childhood dyspraxia [١] اضطراب محدد في نمو الوظيفة الحركية specific developmental disorder of motor function، ومتلازمة الطفل الأخرق clumsy child syndrome [٢].

الخصائص المصاحبة التي تدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis:

بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب التناسق النمائي يظهرون نشاط حركي إضافي (تقمع عادة)، مثل الحركات الراقصة الغير معتمدة على الأطراف أو حركات معكوسة. ويشار إلى هذه الحركات الزائدة عن الحد بالنمو العصبي الغير ناضج أو العلامات الرخوية العصبية بدلا من العيوب/التشوهات العصبية. مازال دور كلا من الأدب الحالي والممارسة الإكلينيكية في التشخيص غير واضح، الأمر الذي يتطلب مزيدا من التقييم.

معدل الانتشار Prevalence:

معدل انتشار اضطراب التناسق النمائي في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ٥-١١ سنة هو ٥%-٦% (في الأطفال في سن ٧ سنوات، ويتم تشخيص ١,٨%

١- الديسبراكسيا dyspraxia: أو اضطراب التناسق الحركي هو خلل وظيفي في ميكانزمات الجهاز العصبي المسؤول عن ... يصيب نحو ٦% من الأطفال بين الثالثة والخامسة. فالنشاط الحركي للطفل المصاب يكون مضطربًا. والطفل لا يعاني تأخرًا عقليًا أو إعاقة بصرية أو سمعية أو اضطرابًا في النمو النفسي-الحركي ولا توجد أي إصابة ظاهرة في الجهاز العصبي. ولم تعرف إلى اليوم أسباب المرض بشكل واضح.

٢- متلازمة الطفل الأخرق clumsy child syndrome مصطلح يشير إلى اضطراب التناسق الحركي العصبي في الأطفال، ويشير إلى الطفل الذي مهاراته الحركية الكبرى والصغرى غير ناضجة، غير منتظمة، وبطيئة، وغير دقيقة. الفحص العصبي أمر طبيعي. قد يكون هؤلاء الأطفال لديهم مشاكل في تقدير المسافة والإدراك الحسي بسبب صعوبات التعلم. تظهر المشكلة في عدم القدرة على خلع الملابس، تعلم الأداء الفكري، عدم التناسق الفكري الحركي، عدم تناسق حركة الفم، الشلل الدماغي.

باضطراب التناسق النمائي الشديد و٣٪ باضطراب التناسق النمائي المحتمل). وغالباً ما يتأثر الذكور أكثر من الإناث، فنسبة الذكور إلى الإناث ما بين ٢: ١ و٧: ١.

التطور والدورة الزمنية Development and Course:

الدورة الزمنية لاضطراب التناسق النمائي متغيرة ولكن مستقرة على الأقل لمدة سنة واحدة على الأقل من المتابعة. ورغم أنه قد يكون هناك تحسن على المدى الطويل، إلا أن المشاكل في الحركات المتناسقة تستمر حتى نهاية فترة المراهقة في تقدير يتراوح ما بين ٥٠٪ - ٧٠٪ من الأطفال.

بداية في مرحلة الطفولة المبكرة، تأخر معالم النمو الحركية قد تكون العلامات الأولى، أو يتم التعرف على الاضطراب لأول مرة عندما يحاول الطفل القيام بمهام مثل مسك الشوكة والسكين، تزرير الملابس، أو اللعب بالكرة.

في مرحلة الطفولة المتوسطة، هناك صعوبات في الجوانب الحركية كتجميع البازل، وبناء النماذج، ولعب الكرة، والكتابة اليدوية، بالإضافة إلى الصعوبة في تنظيم أمتعتهم عندما يتطلب ذلك التسلسل والتناسق الحركي.

في مرحلة البلوغ المبكر، هناك صعوبة مستمرة في تعلم المهام الجديدة التي تنطوي على المهارات الحركية المعقدة التلقائية (أوتوماتيكية)، ويشمل ذلك القيادة واستخدام الأدوات. عدم القدرة على تدوين الملاحظات والكتابة بخط اليد بسرعة قد يؤثر على الأداء في مكان العمل. الاشتراك مع الاضطرابات الأخرى (انظر قسم "الاضطرابات المصاحبة" لهذا الاضطراب) له تأثير إضافي على ظهور الاضطراب، والدورة الزمنية، والنتيجة.

عوامل الخطر والتنبؤ Risk and Prognostic Factors:

بيئيا Environmental: اضطراب التناسق النمائي أكثر شيوعا لدى أطفال الحوامل اللواتي يتعرضن للكحول قبل الولادة وعند الأطفال الخدج والأطفال ناقصي الوزن.

وراثيا/ جينيا وفسيولوجيا Genetic and physiological: يوجد ضعف في العمليات العصبية النمائية الأساسية وخاصة في المهارات البصرية - الحركية، ويوجد أيضا الضعف في كلا من الإدراك البصري - الحركي والقدرة على الإحساس والوعي المكاني spatial mentalizing يؤثران على القدرة في إجراء تعديلات حركية سريعة كلما ازداد تعقيد الحركات المطلوبة، وقد تم اقتراح وجود

خلل بالمخيخ كتفسير لهذا، ولكن الأساس العصبي لاضطراب التناسق النمائي لا يزال غير واضح، ويسبب اشتراك حدوث اضطراب التناسق النمائي مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط (ADHD)، صعوبات التعلم المحددة، واضطراب طيف التوحد، واقتراح وجود تأثير وراثي/جيني مسبب لذلك، إلا أنه مع ذلك، يبدو ملائم أن يظهر مشتركا في التوائم في الحالات الشديدة فقط.

معدلات الدورة الزمنية Course modifiers: الأفراد مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD والذين يعانون من اضطراب التناسق النمائي يظهرون ضعف أكثر من الأفراد مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD بدون اضطراب التناسق النمائي.

قضايا التشخيص المتعلقة بالثقافة السائدة

Culture-Related Diagnostic issues :

يحدث اضطراب التناسق النمائي عبر الثقافات والأعراق والظروف الاجتماعية والاقتصادية. بحكم التعريف، أنشطة الحياة اليومية يعني الاختلافات الثقافية يستلزم النظر في السياق الذي يعيش فيه كل طفل على حده وكذلك ما إذا كان الطفل حصل على الفرص المناسبة للتعلم وممارسة هذه الأنشطة.

النتائج الوظيفية لاضطراب التناسق النمائي

Functional Consequences of Developmental Coordination Disorder

اضطراب التناسق النمائي يؤدي إلى ضعف الأداء الوظيفي في أنشطة الحياة اليومية (المعيار B) ويتزايد الضعف في ظروف الترافق او الاشتراك مع اضطرابات أخرى.

وتشمل النتائج المترتبة على اضطراب التناسق النمائي خفض المشاركة في اللعب الجماعي والألعاب الرياضية، ضعف الثقة بالنفس وضعف الشعور بقيمة الذات، المشاكل العاطفية أو السلوكية، ضعف التحصيل الدراسي، ضعف اللياقة البدنية، وانخفاض النشاط البدني والسمنة.

التشخيص الفارق :

إعاقات حركية بسبب حالة طبية أخرى Motor impairments due to another medical condition. مشاكل في التناسق ربما تترافق مع ضعف

الوظيفة البصرية، واضطرابات عصبية محددة (على سبيل المثال: الشلل الدماغي، الإصابات المتقدمة للمخيخ، الاضطرابات العصبية العضلية). في مثل هذه الحالات، يكون هناك استقصاء إضافي بالفحص العصبي.

الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) Intellectual disability (intellectual developmental disorder). إذا كانت الإعاقة الفكرية موجودة، فربما يكون ضعف الكفاءات الحركية متماشيا مع الإعاقة الفكرية. ومع ذلك، إذا الصعوبات الحركية تتجاوز ما يمكن أن يُعزى إلى الإعاقة الفكرية، وتم استيفاء معايير اضطراب التناسق النمائي، فإنه يمكن تشخيص اضطراب التناسق النمائي كذلك.

اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط Attention-deficit/hyperactivity disorder. الأفراد المصابون باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط قد يسقطون (يقعون)، يصطدمون بالأشياء، أو يضربون الأشياء باستمرار. الملاحظة الدقيقة عبر سياقات/نواحي مختلفة مطلوبة للتأكد مما إذا عدم الكفاءة الحركية يعزى إلى التشتت والاندفاع بدلا من اضطراب التناسق الحركي. إذا تم استيفاء معايير لكلا من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD واضطراب التناسق النمائي، يمكن إعطاء كلا التشخيصين.

اضطراب طيف التوحد Autism spectrum disorder. الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد قد يكونوا غير مهتمين بالمشاركة في المهام التي تتطلب مهارات التناسق المعقدة، مثل رياضة الكرة، والتي سوف تؤثر على اختبار الأداء والوظيفة ولكن لا يعكس كفاءة الحركة الأساسي. ترافق حدوث اضطراب التناسق النمائي واضطراب طيف التوحد هو أمر شائع. وإذا تم استيفاء معايير كلا الاضطرابين، يمكن إعطاء كلا التشخيصين.

متلازمة فرط حركة المفصل Joint hypermobility syndrome. الأفراد المصابون بمتلازمات تسبب فرط انبساط أو مد hyperextensible المفاصل (وجدت في الفحص البدني، وغالبا مع الشكوى من الألم) قد تقدم أعراض مشابهة لتلك التي في اضطراب التناسق النمائي.

الاضطرابات المصاحبة Co-morbidity :

الاضطرابات المصاحبة التي تترافق عادة مع اضطراب التناسق النمائي تشمل اضطراب اللغة والكلام، اضطراب التعلم محددة (وخاصة القراءة والكتابة)؛ مشاكل

نقص الانتباه، بما في ذلك اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD (الاضطراب الأكثر مرافقة وشيوعا في حوالي ٥٠% من الحالات)؛ اضطراب طيف التوحد، مشاكل السلوك الانفعالية والفوضوية (التخريبية)؛ ومتلازمة فرط حركة المفصل. مجموعات مختلفة من الاضطرابات المترافقة قد تكون موجودة (على سبيل المثال، مجموعة من اضطرابات القراءة الشديدة والمشاكل الحركية الدقيقة، ومشاكل الكتابة اليدوية، كتلة أخرى مع ضعف التحكم الحركي والتخطيط الحركي). وجود اضطرابات أخرى لا يعني استبعاد اضطراب التناسق النمائي لكن ربما يجعل الاختبار أكثر صعوبة وربما يتعارض بشكل مستقل مع تنفيذ أنشطة الحياة اليومية، مما يتطلب حكم ورأي الاخصائي في أن ينسب هذا الضعف إلى المهارات الحركية أم لا.

اضطراب الحركة النمطي

Stereotypic Movement Disorder

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria

A- سلوك حركي متكرر غير هادف يبدو مدفوعا (ذو دافع) (على سبيل المثال: المصافحة أو التلويح باليد، هز الجسم، ضرب الرأس، عض الذات، ضرب الجسد).

B- السلوك الحركي المتكرر يؤثر (يتضارب) على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية أو غيرها وقد يؤدي إلى إيذاء الذات.

B- تبدأ الأعراض في فترة النمو المبكر.

D- السلوك الحركي المتكرر لا يُنسب إلى الآثار الفسيولوجية لمادة ما أو لحالة عصبية، ولا يُفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب آخر من اضطرابات النمو العصبي أو اضطراب عقلي آخر (مثل هوس نتف الشعر [اضطراب نتف الشعر]، واضطراب الوسواس القهري)

حدد ما إذا كان :

مع سلوك إيذاء الذات (أو سلوك كان من الممكن أن ينشأ عنه أذى جسدي لو لم تستخدم إجراءات وقائية) بدون سلوك إيذاء الذات.

حدد ما إذا كان :

يرتبط مع حالة طبية أو وراثية معروفة، اضطراب النمو العصبي، أو العوامل البيئية (مثل متلازمة ليش -نيهان، والإعاقة الفكرية [اضطراب النمو الفكري]، والتعرض للكحول داخل الرحم)

ملاحظة إجرائية: استخدم رمزا إضافيا لتحديد الحالة الطبية أو الوراثية، أو اضطراب النمو العصبي المرتبطة بها

حدد المستوى الحالي لحدة الأعراض:

بسيط: يتم قمع أو كبت الأعراض بسهولة عن طريق التحفيز الحسي أو بالإلهاء/ التشتيت الانتباه.

متوسط: تتطلب الأعراض تدابير وقائية واضحة وتعديل السلوك.

شديد: يلزم اتخاذ تدابير كالمراقبة المستمرة، ووقائية لمنع حدوث إصابات خطيرة.

إجراءات التسجيل Recording Procedures :

بالنسبة لاضطراب الحركة النمطية الذي يصاحبه حالة طبية أو وراثية/جينية معروفة، اضطراب النمو العصبي، أو العامل البيئي، سجل اضطراب الحركة النمطية يصاحبه (اسم الحالة، أو الاضطراب، أو عامل) (على سبيل المثال، اضطراب الحركة النمطية يصاحبه متلازمة ليش-نيهان).

المحددات Specifiers :

مدى شدة الحركات النمطية غير المؤذية للذات تتراوح من المظاهر البسيطة التي يتم قمعها بسهولة عن طريق التحفيز الحسي أو صرف الانتباه (الإلهاء) إلى حركات مستمرة التي تتداخل (تتعارض) بشكل ملحوظ مع جميع أنشطة الحياة اليومية. أما سلوكيات إيذاء الذات Self-injurious behaviors فتتراوح في شدتها من خلال عدة أبعاد، بما في ذلك التكرار، والتأثير على الأداء التكيفي، وشدة الإصابة الجسدية (من كدمات خفيفة أو احمرار الجلد من جراء ضرب اليد على الجسم، إلى جروح متهتكة أو بتر الأصابع، وإلى انفصال الشبكية من جراء ضرب الرأس).

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features :

الصفة الأساسية لاضطراب الحركة النمطية هي التكرار، يبدو كأنه منقاد أو مدفوع لأدائه، ويبدو السلوك الحركي بلا هدف (المعيار A) هذه السلوكيات غالبا ما تكون حركات إيقاعية للرأس واليدين، أو الجسم من دون وظيفة تكيفية واضحة. الحركات قد تستجيب أو قد لا تستجيب للجهود المبذولة لوقفها. بالنسبة للأطفال الذين ينمون بشكل طبيعي (مثالي)، يمكن أن يتم إيقاف الحركات المتكررة عندما يتم توجيه الانتباه إليهم أو عندما يتم صرف انتباه (إلهاء) الطفل عن القيام بها. أما الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات النمائية العصبية، السلوكيات عادة ما تكون أقل استجابة لهذه الجهود. وفي حالات أخرى، يظهر الفرد سلوكيات التقييد الذاتي (على سبيل المثال، يجلس على يديه، لف الذراعين داخل الملابس، إيجاد وسيلة وقائية/حمائية). يكون المخزون من السلوكيات متغيرا، فكل فرد يقدم نمطه السلوكي الخاص به وبشكل فردي "البصمة الشخصية". أمثلة على الحركات النمطية غير المؤذية للذات تشمل، ولكن ليس على سبيل الحصر، هز الجسم، الرفرفة الثنائية أو حركات تدوير اليد، تحريك أو رفرفة الأصابع أمام الوجه، التلويح بالذراعين أو الرفرفة، والإيماء بالرأس (كأنه يقول نعم). أما سلوكيات إيذاء الذات النمطية فتشمل ولكن ليس على سبيل الحصر، ضرب الرأس المتكرر، صفع الوجه، وخز العين، وعض اليدين

والشفتين، أو أجزاء أخرى من الجسم. وخز العين يثير القلق بصفة خاصة؛ يحدث كثيرا وبشكل متكرر بين الأطفال الذين يعانون من ضعف البصر. وقد تجتمع حركات متعددة لدى مريض واحد (على سبيل المثال، خبط الرأس، هز الجذع، التلويح بخيط صغير أمام الوجه بشكل متكرر). قد تحدث الحركات النمطية عدة مرات خلال اليوم الواحد وقد تدوم من بضع ثوان إلى عدة دقائق أو أكثر. وتكرار الحدوث يمكن أن يختلف من عدة مرات في اليوم الواحد إلى اختفائها عدة أسابيع بين نوبات حدوثها. السلوكيات تختلف في السياق، قد تحدث عندما يكون الفرد منهمك في أنشطة أخرى، وعندما يكون متحمس، متعب، منهك أو ضجرا. المعيار A يتطلب أن تكون الحركات على ما يبدو بلا هدف. ومع ذلك، هناك حركات قد تخدم أو تقدم بعض الوظائف على سبيل المثال، الحركات النمطية قد تعمل على خفض القلق الناجم عن الضغوط الخارجية. وينص المعيار B على أن الحركات النمطية تتداخل/تتضارب مع الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية، أو الأنشطة الأخرى، وفي بعض الأطفال، ربما تؤدي الحركات النمطية إلى إيذاء الذات (إذا لم تستخدم الإجراءات الوقائية). أما إذا وجد إيذاء الذات، فلابد من إدراجه باستخدام المحدد specifier. بداية ظهور الحركات النمطية في مرحلة النمو المبكر (المعيار C). كما ينص المعيار D على أن السلوك النمطي المتكرر في اضطراب الحركة النمطية لا يعزى إلى الآثار الفسيولوجية بسبب تعاطي مادة من المواد أو حالة عصبية ولا يتم تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطراب نمو عصبي آخر أو أي اضطراب عقلي. وجود الحركات النمطية قد تشير إلى وجود مشكلة عصبية نمائية لم يتم كشفها، وخاصة في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١-٣ سنوات.

معدل الانتشار Prevalence :

الحركات النمطية البسيطة (على سبيل المثال، الهز rocking) شائعة في الأطفال الصغار الذين ينمون بشكل طبيعي. أما الحركات النمطية المعقدة فهي أقل شيوعا بكثير (تحدث في حوالي من ٣٪ - ٤٪).

ويوجد ما بين ٤٪ و١٦٪ من الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) ينخرطون في تكرار نمطي وإيذاء الذات. والخطر أكبر في الأفراد الذين يعانون من إعاقة فكرية شديدة، وتصل النسبة بين الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية الذين يعيشون في أماكن إقامة دائمة (إيواء) ما بين ١٠٪ -١٥٪ قد يكون لديه اضطراب الحركة النمطية مع إيذاء الذات.

النمو والدورة الزمنية Development and Course :

تبدأ الحركات النمطية بشكل مثالي في غضون الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل. الحركات النمطية البسيطة شائعة في مرحلة الرضاعة وقد يكون لها علاقة في اكتساب السيطرة الحركية. بالنسبة للأطفال الذين يطورون حركات نمطية معقدة، ما يقرب من ٨٠٪ منهم تظهر عليهم أعراض قبل ٢٤ شهراً من العمر، و١٢٪ منهم بين ٢٤ و٣٥ شهراً، و٨٪ في ٣٦ أشهر أو أكثر. في معظم الأطفال الذين ينمون بشكل طبيعي، هذه الحركات ستزول مع مرور الوقت أو يمكن قمعها أو كبتها. بداية ظهور الحركات النمطية المعقدة قد تكون في مرحلة الرضاعة أو في وقت لاحق في فترة النمو. من بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة الفكرية، السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات قد تستمر لسنوات، على الرغم من أن طبيعة أو نمط إيذاء النفس قد يتغير.

عوامل الخطر والتنبؤ Risk and Prognostic Factors :

بيئيا Environmental، العزلة الاجتماعية هي عامل خطر لتحفيز الذات والذي يمكن أن يتطور إلى حركات نمطية مع إيذاء ذات متكرر. الإجهاد البيئي قد يؤدي أيضا إلى السلوك النمطي. الخوف قد يغير الحالة الفسيولوجية، مما يؤدي إلى تكرار متزايد من السلوكيات النمطية.

وراثيا/جينيا وفسيولوجيا Genetic and physiological. تدني الأداء المعرفي يرتبط بخطر أكبر متعلق بالسلوكيات النمطية والاستجابة المحدودة للتدخلات. الحركات النمطية أكثر تكرارا لدى الأفراد المصابين بدرجات متوسطة–إلى شديدة/ بالغة الشدة من الإعاقة الفكرية، والمصابون بمتلازمة معينة (مثل متلازمة رت Rett syndrome) أو عامل بيئي (مثل البيئة ذات التحفيز غير الكافي نسبيا) تبدو معرضة لارتفاع خطر الإصابة بالتكرارية النمطية. سلوك إيذاء الذات المتكرر قد يكون نمط ظاهري سلوكي في المتلازمات الجينية/الوراثية العصبية. على سبيل المثال، في متلازمة ليش- نيهان Lesch-Nyhan syndrome [١]، هناك

١ متلازمة ليش - نيهان Lesch Nyhan syndrome : الطفل الذي يكون طبيعيا في حالات الولادة العادية في شتى من خلل موروث في الاستقلاب ينجم نقص حد الإنزيمات التي تعمل على مادة البيورين Purine وهو يصيب الذكور والإناث ما يصيب الإناث طبعا لأنه مصاحب بالكروموسوم X ، يتميز بأعراض خطيرة تزداد حدة مع التقدم بالعمر منها تأخر عقلي شديد، شلل دماغي، نوبات صرع، آلام شديدة عند البول بسبب تشكل الحصيات وسلوك عدواني، ومحاولات الانتحار، والأهم أنه يقوم بعض أصابعه وشفته وأكتافه حتى للدرجة أن الأطباء يطالبون من أهله إزالة أسنانه وتلبيسها حتى لا يؤذي نفسه، ويتميز أيضا بصغر حجم الرأس Microcephaly والتشنجات.

على حدٍ سواء حركات نوبية نمطية وقطع ذاتي للأصابع، عض الشفاه، وأشكال أخرى من إيذاء الذات، وغيرها من أشكال إيذاء النفس ما لم يتم تقييد الفرد، في متلازمة رت Rett syndrome ومتلازمة كورنيليا دي لانج Cornelia de Lange syndrome [1]. إيذاء الذات قد ينجم عن الصورة النمطية لدخول اليد إلى الفم، السلوكيات النمطية قد تنجم عن حالة طبية مؤلمة (مثل التهاب الأذن الوسطى، مشاكل الأسنان، الارتداد المعدي المريئي).



متلازمة كورنيليا دي لانج (Cornelia de Lange Syndrome)

١- متلازمة كورنيليا دي لانج (Cornelia de Lange Syndrome) وتسمى أيضا متلازمة برشمن وتعرف أيضا باسم متلازمة أقزام أمستردام Amsterdam Dwarf Syndrome، وهو اضطراب وراثي نادر يمكن أن يؤدي إلى تشوهات نموي شديدة، تؤثر على النمو البدني والفكري للطفل، ووصفه الدكتور براشمان عام ١٩١٦م كمجموعة من الحالات تتميز بالشكل المميز للرأس والأطراف وقصر القامة، وعرفت بأقزام أمستردام ثم بعد مواصفات طبيب الأطفال الدكتورة كورنيليا دي لانج عام ١٩٣٣م، والذي سميت المتلازمة باسمه، وكانت قد قامت بشرح صفات الحالة ومميزاتها التشخيصية. أغلب الحالات تنتج عن طفرة وراثية، لعدم وجود مثل تلك الحالة في العائلة. ويعتقد أنها تنتقل عن طريق الوراثة السائدة – وهو ما يعني أن عطباً في أحد الجينات يمكن أن يظهر الأعراض كاملة، ويعتقد أن السبب في حدوث الحالة هو عطب في المورث NIPBL gene، والذي تقوم بصنع بروتين يسمى delangin، وهذا المورث موجود على الكروموسوم رقم chromosome 3 band q26-27. الأعراض: نقص وزن الطفل عند الولادة أقل من ثلاثة كيلو، البكاء بطريقة ضعيفة منخفضة لدى المواليد، صعوبة التغذي والرضاعة لدى المواليد، إعاقة نمو الحركات، قصر القامة، ضعف النمو، ضعف النمو الحركي والفكري، ضعف السمع، صعوبات في التغذية، علامات مميزة للرأس والأطراف، مشاكل متنوعة: زرقة العين، بعد النظر، قصر النظر، التشنج والصرع، عيوب خلقية في القلب، صغر حجم ومحيط الرأس، تخلف فكري بسيط إلى المتوسط، تأخر النطق والكلام، صغر حجم الأصابع، والتقاء الحاجبين سوياً، زيادة طول الرموش، كثافة شعر الرأس، قصر الرقبة، الأنف صغير، الشفة العليا صغيرة ومرتفعة للأعلى، الأسنان صغيرة ومتباعدة، الأذان صغيرة ومنخفضة، قلة سقف الحلق، مشاكل في القلب والمعدة، وجود زغب ...

قضايا التشخيص المتعلقة بالثقافة السائدة Culture-Related Diagnostic Issues:

اضطراب الحركات النمطية، مع أو بدون أذى النفس، يحدث في كل الأعراق والثقافات. ردود الفعل الثقافية تجاه التصرفات غير الاعتيادية قد تؤخر تشخيص المرض، وعموما لابد من الأخذ بعين الاعتبار اختلاف التسامح الثقافي والاتجاهات نحو الحركة النمطية

التشخيص الفارق Differential Diagnosis

النمو الطبيعي Normal development. الحركات النمطية البسيطة شائعة في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة. الهز قد يحدث في حالة الانتقال من النوم إلى الاستيقاظ، وهذا السلوك يتلاشى عادة مع تقدم العمر. الحركات النمطية المعقدة هي أقل شيوعا بين الأطفال ذوي النمو الطبيعي وعادة ما يمكن قمعها عن طريق صرف الانتباه/الإلهاء أو المحفزات الحسية. نادرا ما يتأثر الروتين اليومي للفرد، والحركات عموما لا تسبب الضيق للطفل. إن التشخيص باضطراب الحركة النمطية لا يكون مناسبا في هذه الظروف.

اضطراب طيف التوحد Autism spectrum disorder. الحركات النمطية ربما تكون مظهر من أعراض ويجب اخذ ذلك بعين الاعتبار عند تقييم السلوكيات والحركات المتكررة. القصور في التواصل الاجتماعي والتبادلي يظهر في اضطراب طيف التوحد وعادة يغيب ولا يظهر هذا القصور في اضطراب الحركة النمطية، وبالتالي التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي؛ والسلوكيات والاهتمامات المتكررة الصارمة تعتبر من الصفات المميزة. عند وجود اضطراب طيف التوحد؛ يتم تشخيص اضطراب الحركة النمطية فقط عندما يكون هناك إيذاء للذات أو عندما تكون السلوكيات النمطية شديدة بما فيه الكفاية لتستحق موضع اهتمام وتركيز للمعالجين وتحتاج إلى العلاج بشكل واضح.

اضطرابات اللزمات Tic disorders. عادة، الحركات النمطية تظهر في سن أبكر (قبل ٣ سنوات) من وقت حدوث اللزمات التي متوسطها العمري هو ٥ - ٧ سنوات للظهور، والحركات النمطية متسقة وثابتة في نمطها أو طبيعتها مقارنة مع اللزمات Tics، والتي هي متغيرة في مظاهرها. الحركات النمطية قد تقتضي استخدام الذراعين، اليدين، أو الجسد بأكمله، بينما اللزمات تقتضي غالبا العينين والوجه والرأس والكتفين. والحركة النمطية أكثر ثابتا وإيقاعية، وأطول وقتا من اللزمات، فاللزمات تكون عادة مختصرة، سريعة، عشوائية، ومتقلبة، ويتم تقليل

وخفض كلا من اللزمات والحركات النمطية عن طريق صرف الانتباه/ الإلهاء.

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة Obsessive-compulsive and related disorders، يتميز اضطراب الحركة النمطية من اضطراب الوسواس القهري (OCD) بغياب وعدم وجود الوساوس، فضلا عن طبيعة السلوكيات المتكررة. في اضطراب الوسواس القهري يشعر الفرد بأنه مدفوع لأداء السلوكيات المتكررة في استجابة للوسواس أو وفقا للقواعد التي يجب أن تطبق بشكل صارم، في حين أنه في اضطراب الحركة النمطية السلوكيات تبدو الفرد مدفوع ولكن يظهر أنها بلا هدف. يتميز نتف الشعر Trichotillomania (اضطراب نتف الشعر) كشط الجلد excoriation (اقتلاع الجلد) اضطراب يتصف بالسلوكيات المتكررة التي تركز على الجسم (أي نتف الشعر واقتلاع الجلد) والسلوكيات المتكررة المتضمنة في الاضطرابين قد يكون الفرد مدفوع لأدائها على ما يبدو ولكن يظهر هنا أن هذه السلوكيات المتكررة لها هدف وليست عشوائية، وهي ليست نمطية ولا إيقاعية. وعلاوة على ذلك، بداية ظهور اضطراب نتف الشعر واضطراب سلخ أو كشط الجلد لا يظهران عادة في مرحلة النمو المبكر بل قريب من سن البلوغ أو حتى بعده.

الظروف العصبية والطبية الأخرى

Other neurological and medical conditions

تشخيص الحركات النمطية يتطلب استبعاد العادات، وحركات بالأصابع (حركات متكلفة) mannerisms، [1] خلل الحركة ذو النوبات المرضية paroxysmal dyskinesias، [2] وداء الرقص الوراثي الخفيف benign hereditary chorea

---

١ – نوبات الحركة اللاإرادية الانتيابية paroxysmal dyskinesias (PD): هي مجموعة من اضطرابات الحركة التي تتسم بنوبات من فرط الحركة مع الوعي سليم، وهو اضطراب نادر إلا أن عدد الأفراد المصابين بها غير معروف. وهناك ثلاثة أنواع فرعية محددة من خلل الحركة الانتيابي وتشمل خلل حركي الحركة الانتيابي، خلل حركي غير الحركة الانتيابي، خلل حركة ناجمة عن النشاط الانتيابي.

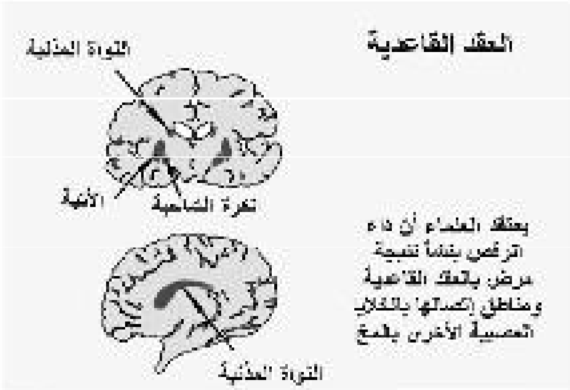
٢ – داء الرقص Chorea: هو حركات مفاجئة، غير متوقعة، ومتقطعة، وغير منتظمة التوقيت، وغير تكرارية، وبلا هدف. وهي حركات قصيرة تماما، وغير متناظرة، وتوزع بشكل عشوائي، وموجودة أثناء الراحة، ولا تستمر أثناء النوم. وعادة الحركات قطعة، إن هدفها نادرة من حركات عند الارتياح، والمبالغة المعتادة، والمضطفة في الإشارات والتعبير إلى حركات الأيدي المزعجة للآخرين، إلى مشية غير ثابتة تشبه الرقص، إلى تدفق مستمر من الحركات المستمرة المتلاحقة. ويعود اسم الرقص chorea مشتق من كلمة يونانية تعني الرقص، وقد استخدم هذا التعبير لأول مرة في العصور الوسطى: للتعبير عن الرقص الذي كان يرقص فيه أعداد كبيرة من الناس، رقصا جماعيا لأسابيع. وقد استعمل Sydenham هذا التعبير لوصف داء الرقص الروماتزمي سنة ١٦٨٦، وبعد ذلك بقرنين تم وصف هنتنجتون Huntington الكوريا الوراثية، وأشار إلى أن اضطراب الحركة هذا كان مماثلا للذي وصفه Sydenham

التاريخ العصبي والفحص مطلوب لتقييم السمات التي توحي بالاضطرابات الأخرى، مثل التقلص العضلي myoclonus [1]، الشد العضلي dystonia [2]، اللزمات tics، وداء الرقص chorea حركات لا إرادية ترتبط بحالة عصبية يمكن التمييز بين علاماتها وأعراضها على سبيل المثال، الحركات المتكررة النمطية في خلل الحركة المتأخر يمكن تمييزها من خلال تاريخ استخدام مضادات الذهان المزمن وخلل الحركة المميز بالفم أو بالوجه أو الجذع أو الحركات غير المنتظمة للأطراف. هذه الأنواع من الحركات لا تؤدي إلى إيذاء الذات. تشخيص اضطراب الحركة النمطية ليس ملائم لكشط الجلد أو الخدش/الحك المرتبط بالتسمم بالامفيتامين أو تعاطي الامفيتامين (على سبيل المثال، المشخصون بتعاطي مادة/ أدوية بسبب الوسواس القهري والاضطراب ذو الصلة) وحركات كنعي رقصي المتكررة المرتبطة بالاضطرابات العصبية الأخرى.

---

١ الارتجاف العضلي myoclonus : انقباض عضلي مفاجئ كالصدمة يمكن أن تشمل عضلة أو أكثر أو ألياف قليلة من عضل، ويمكن مشاهدة هذه الحالة في حالات الصرع، أو بعد التخدير أو حالات الفواق.

٢ الشد العضلي أو ديستونيا (Dystonia) هي متلازمة عصبية حركية عبارة عن انقباض مستمر لمجموعة من العضلات، هذا الانقباض الذي يمكن أن يؤدي أحيانا إلى حركات ملتوية ومتكررة تتخللها وضعيات غريبة للأطراف أو العنق أو الجسم بكامله. كما يمكن أن تسبب صعوبات في الوقوف أو المشي. إن درجة المفعول تظهر خاصة حركات وزيادة حجمها أكثر عند [illegible] حركة ما تتطلب تشغيل تلك العضلات المصابة، ولكنها قد تظهر أيضا وخصوصا في حالات الشدة، في حالات الراحة كوضعية ثابتة (fixed posture)، وعندما يكون المريض خارج الفراش ولا يستطيع القيام بوظائفه. هذه المتلازمة معروفة منذ العام ١٩٠٨، ومنذ ذلك الحين حاول العديد من العلماء وصف المرض بشكل [illegible] وتعقيداته. [illegible] ديستونيا قد تكون محصورة في [illegible] الجزئي (focal dystonia) في طرف واحد من الأطراف أو في العنق (الصعر) (torticollis) في الوجه وبالأخص في عضلات العين (blepharospasm) أو في نصف الوجه أحيانا بعد الشلل النصفي في الوجه (تشنج الجفن – hemifacial spasm)، كما يظهر أحيانا خلال نشاط معين مثل الكتابة (شلل/معص الكاتب – writer's cramp) العزف (شلل/معص العازف – musician's cramp)، وتظهر الأشكال الجزئية [illegible] الأشخاص [illegible]، وخاصة لدى البالغين. في هذه الحالات تجرى معالجة الديستونيا فقط إذا كانت تؤثر على تنفيذ العمل والنشاطات اليومية. وقد تشمل الديستونيا مناطق مقاربة من الجسم كالوجه والعنق [illegible] (hemidystonia)، أو قد تنتقل من منطقة إلى أخرى في الجسم حتى تصبح ديستونيا معممة (generalized dystonia). وهذه الاضطرابات ربما تكون وراثية أو بسبب عوامل أخرى مرتبطة بالولادة كنقص [illegible] الأوكسجين أثناء الولادة أو بعدها، وقد تكون عن طريق عدوى أو قد تكون تسمم بالرصاص أو العقاقير الطبية. وأحيانا يتم الخلط بين الديستونيا والصرع.





الاضطرابات المصاحبة Co-morbidity :

اضطراب الحركة النمطية قد يحدث كتشخيص أولي أو ثانوي لاضطراب آخر، على سبيل المثال، الحركات النمطية هي مظهر شائع في مجموعـة متنوعـة مـن الاضطرابات الجينية/الوراثية العصبية neurogenetic disorders، مثـل متلازمـة ليش-نيهان Lesch-Nyhan syndrome، ومتلازمة رت Rett syndrome، متلازمة X الهش fragile X syndrome، متلازمة كورنيليا دي لانج Cornelia de Lange syndrome، ومتلازمة سميث ماجينيس Smith-Magenis syndrome[1]، عندما يحدث اضطراب الحركة النمطية بالترافق مع حالة طبية أخرى، فإن كليهمـا يجـب إدراجهما على حد سواء.

١- متلازمة سميث – ماجينيس Smith-Magenis syndrome : هو اضطراب نمائي يؤثر على أجـزاء كثـيرة مـن الجسم، والسمات الرئيسية لهذه المتلازمة تختلف من خفيفة إلى معتدلة في الإعاقة الفكرية، ملامح الوجه تكـون مميـزة، اضطرابات النوم، والمشاكل السلوكية، وسبب هذه المتلازمة هو حذف في الذراع القصير للكروموسوم ١٧.

اضطرابات اللزمات

Tic Disorders

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria

ملاحظة: اللزمة حركات حركية أو صوتية مفاجئة، سريعة، متكـررة، غيـر متناغمة/إيقاعية.

متلازمة توريت Tourette's Disorder

- وجود لزمات حركية متعددة مع وجود لزمة صوتية واحدة أو أكثر من واحدة في وقت ما خلال المرض، رغم عدم ضرورة وجودهما في الوقت نفسه.

B- تتفاوت اللزمات في التكرار فقد تزيد أو تنقص ولكنها تستمر لأكثر من سنة منذ بداية لزمة الأولى.

C- تبدأ قبل سن ١٨ عاما.

D- الاضطراب لا يُعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، مرض هنتنغتون، وبعد التهاب الدماغ الفيروسي).

اضطراب اللزمة الحركية أو الصوتية الدائم (المزمن)

Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder

A- لزمات حركية أو صوتية مفردة أو متعددة موجودة أثناء المرض، ولكن لا تحدث كلتاهما (الحركية والصوتية) في نفس الوقت.

B- تتفاوت اللزمات في التكرار فقد تزيد أو تنقص ولكنها تستمر لأكثر من سنة منذ بداية اللزمة الأولى.

C- تبدأ قبل سن ١٨ عاما.

D الاضطراب لا يُعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، مرض هنتنغتون، وبعد التهاب الدماغ الفيروسي).

E- معايير متلازمة توريت لا تستوفى أبدا في هذه الحالة.

حدد ما إذا كان :

مع لزمات حركية فقط

مع لزمات صوتية فقط

اضطراب لزمة مؤقت

Provisional Tic Disorder

A- لزمة حركية و/أو لفظية مفردة أو متعددة.

B- ظهور اللزمات لفترة أقل من سنة منذ ظهور اللزمة الأولى.

C- تبدأ قبل سن ١٨ عاما.

E- الاضطراب لا يُعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو عن حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، مرض هنتنغتون، وبعد التهاب الدماغ الفيروسي).

D- المعايير لم تحقق أبدا اضطراب توريت أو اضطراب اللزمة الحركية أو الصوتية الدائم (المزمن).

المحددات Specifiers:

"اللزمات الحركية فقط" أو "اللزمات اللفظية فقط" المحدد المطلوب فقط لاضطراب اللزمة الصوتية أو الحركية الدائم (المزمن).

الخصائص التشخيصية Diagnostic Features:

اضطرابات اللزمة تتكون من ٤ فئات تشخيصية: متلازمة توريت Tourette's disorder، اضطراب لزمة حركية أو صوتية دائم (مزمن) persistent (chronic) motor or vocal tic disorder، اضطراب لزمة مؤقت provisional tic disorder، واضطرابات لزمة محددة أخرى وغير محددة the other specified and unspecified tic disorders. ويستند التشخيص لأي اضطراب لزمة على وجود لزمات حركية و/ أو لزمات الصوتية (المعيار A)، ومدة الأعراض اللزمة (المعيار B) والعمر عند بداية الاضطراب (المعيار C)، وعدم وجود أي سبب معروف مثل حالة طبية أخرى أو تعاطي مادة (المعيار D).

التدرج الهرمي لاضطرابات اللزمة بالترتيب (كما يلي: اضطراب توريت، يليه اضطراب لزمة حركية أو صوتية دائم (مزمن)، يليه اضطراب لزمة مؤقت، يليه اضطرابات لزمة محددة أخرى وغير محددة)، وبناء على هذا فإنه بمجرد تشخيص اضطراب لزمة في مستوى واحد من التدرج الهرمي فإنه لا يمكن تشخيص اضطراب لزمة في التدرج الهرمي الأقل على مستوى أسبق (معيار E)

اللزمات تكون مفاجئة، سريعة، متكررة، الحركات الحركية غير متجانسة/ متناغمة لفظية أو حركات صوتية غير متناغمة. ومن الممكن أن يتعرض الفرد تعدد لزمات مع مرور الوقت، ولكن في أي وقت من الأوقات، اللزمة قد تعاود الظهور بشكل مميز. على الرغم من أن اللزمات يمكن أن تؤثر تقريبا على أي مجموعة عضلات أو أصوات، إلا أن هناك لزمات معينة مثل الغمز بالعين eye blinking أو تطهير/تنظيف الحلق throat clearing، شائعة بين معظم المرضى، واللزمات عادة غير طوعية لكن يمكن كبتها بشكل طوعي لفترات زمنية متفاوتة. اللزمات يمكن أن تكون إما بسيطة أو معقدة. اللزمات الحركية البسيطة هي ذات مدة قصيرة (تحتسب بالميلي/ ثانية) ويمكن أن تشمل غمز العين، هز الأكتاف، وبسط/تمديد الأطراف.

واللزمات الصوتية بسيطة تشمل تطهير/تنظيف الحلق throat clearing، التنشق sniffing، الشخير grunting، غالبا ما تنجم عن تقلص الحجاب الحاجز أو عضلات البلعوم. اللزمات الحركية المعقدة ذات مدة أطول (تحتسب بالثواني)، وغالبا ما تشمل مزيجا من اللزمات البسيطة مثل لف/إدارة الرأس وهز الأكتاف في وقت واحد.

يمكن أن تظهر اللزمات هادفة، مثل اللزمة شبه الجنسية او الإيماءات البذيئة (copropraxia) أو لزمة شبه تقليد حركات شخص اخر (أداء صدوي echopraxia) [١]. وبالمثل، اللزمات الصوتية المعقدة تشمل تكرار أصوات وكلمات الشخص نفسه (الجلجة palilalia)، وتكرار آخر كلمة أو عبارة مسموعة (لفظ صدوي echolalia)، أو التلفظ بكلمات غير المقبولة اجتماعيا، بما في ذلك الألفاظ البذيئة، أو الشتائم العرقية، العنصرية أو الدينية (البذاءة coprolalia). ومن المهم معرفة أن البذاءة coprolalia هي مفاجئة، ويعتريها أصوات كالعواء/ النباح الحاد أو خوار/ نخر "الكلام وتفتقر إلى نظم الكلام المماثل الغير مناسب مقارنة مع ألفاظ بذيئة أخرى يستخدمها البشر في التفاعل فيما بينهم.

ان وجود اللزمات الحركية و/ أو اللزمات الصوتية يختلف عن اضطرابات اللزمة الأربعة (المعيار A)، فبالنسبة لاضطراب توريت Tourette's disorder

١ الحركة الصدوية او الأداء الصداوي او مرض ايكوبراكسيا (Echopraxia) هو مرض يصنف من الأمراض النفسية الشائعة بين الناس يتقيد بمصابيه الجسمي بدون وعي. الايكوبراكسيا او المعروف ايضا بالأداء الصداوي وهو عبارة عن تقليد او تكرار لاإرادي لحركات الغير.

لابد من حصول كلا من اللزمات الحركية واللزمات الصوتية، في حين أن اضطراب لزمة حركية أو صوتية دائم (مزمن) persistent (chronic) motor or vocal tic disorder لابد من حصول اللزمات الحركية فقط أو اللزمات الصوتية فقط، وبالنسبة اضطراب اللزمة المؤقت provisional tic disorder فإنه ربما تحدث اللزمات الحركية و/أو اللزمات الصوتية. أما بالنسبة واضطرابات لزمة محددة أخرى وغير محددة the other specified and unspecified tic disorders فإن أعراض اضطراب الحركة هي الأفضل لوصفها كلزمات ولكنها غير نمطية في مظاهرها أو العمر عند بداية ظهور الاضطراب أو تشبيهم المسببات المعروفة للاضطراب. بالنسبة للفرد الذي لديه لزمات حركية و/ أو صوتية لأقل من سنة منذ ظهور أول لزمة، فيمكن تشخيصه باضطراب اللزمة المؤقت provisional tic disorder. لا يوجد مدة محددة/مخصصة لاضطرابات اللزمة المحددة الأخرى وغير المحددة The other specified and unspecified tic disorders.

بداية اللزمات يجب أن يحدث قبل سن ١٨ عاماً (المعيار C)، تبدأ اضطرابات اللزمة عادة في فترة ما قبل البلوغ، ويبلغ متوسط العمر عند بداية ظهورها ما بين ٤ و٦ سنوات، ومع معدل الانتشار الجديد فإن بداية اضطرابات التشنج تنخفض في سنوات المراهقة. ظهور أعراض لزمة جديدة لأول مرة في مرحلة البلوغ أمر نادر جدا وكثيرا ما يرتبط بتعاطي المخدرات (مثل تعاطي الكوكايين المفرط) أو كنتيجة لإصابة الجهاز العصبي المركزي (التهاب الدماغ الفيروسي) على الرغم من ظهور اللزمة لأول مرة هو غير شائع في المراهقين والبالغين، فإنه ليس مستبعدا بالنسبة للمراهقين والبالغين وجود تقييم تشخيصي أولي عندما يتم تقييمهم بعناية، وتزويد الاخصائيين بتاريخ الأعراض الأقل شدة والتي تعود إلى مرحلة الطفولة.

ظهور حركات غير طبيعية جديدة لأول الجديد تثير اللزمات خارج نطاق العمر المعتاد، ويجب أن يتبعه تقييم للاضطرابات الحركة الأخرى أو عن مسببات محددة.

أعراض اللزمة لا يمكن أن تعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لحالة التعاطي أو أي حالة طبية أخرى (المعيار D)، وعندما يكون هناك دليل قوي من التاريخ، والفحص الجسمي، و/ أو النتائج المعملية تشير إلى سبب معقول وتقريبي أو سبب محتمل لاضطراب اللزمة، يجب هنا استخدام تشخيص اضطراب اللزمة المحدد أخر the other specified tic disorders.

إذا استوفيت معايير التشخيص بمتلازمة توريت Tourette's disorder في وقتًا سابق فإنها تنفي التشخيص المحتمل بوجود اضطراب لزمة حركية أو صوتية دائم (مزمن) (معيار D)، وبالمثل، فإن التشخيص السابق باضطراب لزمة حركية أو صوتية دائم (مزمن) persistent (chronic) motor or vocal tic disorder ينفي أيضًا التشخيص باضطراب اللزمة المؤقت provisional tic disorder أو اضطرابات لزمة محددة أخرى وغير محددة the other specified and unspecified tic disorders (معيار E).

معدل الانتشار Prevalence:

اللزمات شائعة في مرحلة الطفولة ولكنها عابرة في معظم الحالات، فيقدر معدل انتشار اضطراب توريت ٣–٨ في ١٠٠٠ في الأطفال في سن المدرسة. وإصابة الذكور أكثر شيوعًا من الإناث، بنسبة تتراوح بين ٢: ١إلى ٤: ١. المسح الوطني في الولايات المتحدة الأمريكية قدر ٣ في ١٠٠٠ معدل انتشار الحالات التي تم تحديدها إكلينيكيا.

وكان تكرار الحالات التي تم تحديدها أقل بين الأمريكيين من أصل أفريقي والأمريكيين من أصل لاتيني، وربما يتعلق ذلك بالاختلافات في إمكانية الحصول على الرعاية الصحية.

النمو والدورة الزمنية Development and Course:

تظهر اللزمات عادة بين عمر ٤ و ٦ سنوات، وتبلغ شدة ذروتها بين عمر ١٠ و ١٢ سنة، مع انخفاض في شدة الأعراض خلال فترة المراهقة. الكثير من البالغين الذين يعانون من اضطرابات اللزمة يشعرون بنقص في الأعراض، وهناك نسبة بسيطة من الأفراد لديهم أعراض شديدة مستمرة أو متزايدة في مرحلة البلوغ.

أعراض اللزمة تظهر بشكل مماثل في جميع الفئات العمرية وعبر مراحل الحياة. زيادة ونقصان شدة اللزمات بتغير في مجموعات العضلات المتأثرة/المصابة وكذلك الأصوات مع مرور الوقت. ومع تقدم الأطفال في العمر، يبدؤون في إظهار لزماتهم من خلال ربطها مع دافع تحذيري (المنذر الذي يسبق حدوث اللزمة) – الإحساس الجسدي الذي يسبق اللزمة– ثم الشعور بزوال التوتر في أعقاب التعبير عنه باللزمة. اللزمات المرتبطة بدافع تحذيري قد تكون معاشة/

خبرة غير كاملة "غير طوعية" بهذا الدافع التحذيري (بمعنى أن مجرد وجود الدافع التحذيري أو ظهوره هو بمثابة معاناة أو خبرة غير كاملة يعاني منها الفرد ولكنها ليست كسابقة لظهور اللزمة) وبناءً على ذلك يمكن مقاومة اللزمة. وربما يشعر الشخص أيضا بالحاجة إلى أداء/ عمل اللزمة بطريقة معينة أو تكرارها حتى يحقق الشعور بأن اللزمة قد تم القيام بها "بالتمام".

الضعف في النمو قد يحدث بالاشتراك مع حالات التغيرات كأن يمر الأفراد عبر سن الخطر بأوضاع مختلفة، على سبيل المثال، الأطفال قبل البلوغ الذين يعانون من اضطرابات اللزمة أكثر عرضة للإصابة باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط (ADHD)، واضطراب الوسواس القهري (OCD)؛ واضطراب قلق الانفصال من المراهقين والبالغين؛ الذين هم أكثر عرضة لبداية ظهور جديدة من الاضطراب الاكتئابي الجسيم واضطراب تعاطي المواد؛ أو الاضطراب الثنائي القطب.

عوامل الخطر والتنبؤ Risk and Prognostic Factors:

مزاجي Temperament. تتفاقم اللزمات عن طريق القلق؛ والإثارة/الانفعال؛ والإنهاك/الإرهاق، وتكون أفضل خلال الهدوء والتركيز على الأنشطة. قد يعاني الأفراد من لزمات أقل عندما يشاركون في الواجبات المدرسية أو المهام في العمل أكثر من عند الاسترخاء في المنزل بعد المدرسة أو في المساء. الأحداث المجهدة/ المثيرة (على سبيل المثال، أداء الامتحان، والمشاركة في الأنشطة المثيرة) غالبا ما تجعل اللزمات أسوأ.

بيئي Environmental. ملاحظة إيماءة أو صوت قائم من شخص آخر قد ينجم عنه أن يقوم الفرد بضطراب اللزمة بتقليد نفس الصوت أو الإيماءة، الأمر الذي قد يساء فهمه من قبل الآخرين على أنه مقصود بغرض مضايقتهم، وهذا يمكن أن يكون مشكلة حقيقية عندما يتفاعل الفرد مع السلطات الرسمية (على سبيل المثال: المدرسون المشرفون والشرطة).

جيني وفسيولوجي Genetic and Physiological. العوامل الجينية والبيئية تؤثر على أعراض اللزمة من حيث التعبير والشدة. فقد تم تحديد خطر بارز لتسبيبات وراثية متضادة الصفات لمتلازمة توريت وجينات نادرة ومتغيرة في العائلات المصابة باضطرابات اللزمة. مضاعفات الولادة، كبر سن الأب، وانخفاض الوزن عند الولادة، وتدخين الأم أثناء الحمل ترتبط مع أسوء اللزمات شدة.

قضايا التشخيص المتعلقة بالثقافة السائدة
Culture-Related Diagnostic Issues:

اضطرابات التشنج لا يبدو أنها تختلف في الخصائص الإكلينيكية، المسار/الدورة الزمنية، أو المسببات حسب العرق أو الأصول العرقية والثقافة. ومع ذلك، العرق أو الأصول العرقية والثقافة قد يؤثرون في كيف ينظر إلى اضطرابات اللزمة وطريقة إدارته في الأسرة والمجتمع، بالإضافة إلى تأثيرهم على أنماط البحث عن المساعدة، واختيارات العلاج.

قضايا التشخيص المتعلقة بالنوع Gender-Related Diagnostic Issues:

الذكور أكثر تعرضا لهذا الاضطراب من الإناث، ولكن لا توجد فروق بين الجنسين في أنواع اللزمات، والعمر عند بداية الاضطراب، أو المسار/ الدورة الزمنية. النساء الذين يعانون من اضطرابات اللزمات الدائمة persistent tic disorders قد يكونون أكثر عرضة للقلق والاكتئاب.

النتائج/ الآثار الوظيفية لاضطرابات اللزمات
Functional Consequences of Tic Disorders:

العديد من الأفراد ذوي اللزمات البسيطة إلى متوسطة الشدة لا يعانون من ضيق/حزن أو ضعف في الأداء بل وربما لا يكونون على وعي بلزماتهم. أما الأفراد مع الأعراض الأكثر شدة بشكل عام يكونون أكثر ضعفا في الحياة اليومية، ولكن حتى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات لزمات متوسطة أو حتى شديدة قد يؤدون بشكل جيد. وجود شرط الحدوث المشترك/المصاحب co-occurring، مثل اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD أو اضطراب الوسواس القهري OCD، يمكن أن يكون له تأثير أكبر على الأداء.

أما الأقل شيوعا، فهو أن تعطل اللزمات الأداء في الأنشطة اليومية مما يؤدي إلى العزلة الاجتماعية، والنزاعات الشخصية وإيذاء الأقران، وعدم القدرة على العمل أو الذهاب إلى المدرسة، وانخفاض جودة الحياة. الفرد أيضا قد يعاني من ضيق/كدر نفسي كبير. المضاعفات النادرة في اضطراب توريت تشمل الإصابة الجسدية، مثل إصابة العين (الناتج عن ضرب نفسه في الوجه)، وإصابة العظمية والعصبية (مثل مرض الظهر المتعلقة بالحركات العنيفة للرأس والرقبة).

التشخيص الفارق Differential Diagnosis

الحركات غير الطبيعية التي قد تصاحب الحالات الطبية الأخرى واضطراب الحركة النمطي Abnormal movements that may accompany other medical conditions and stereotypic movement disorder

يتم تعريف الحركة النمطية Motor stereotypies بأنها إيقاعات ليست اختيارية، متكررة، حركات يمكن التنبؤ بها تبدو وكأن لها هدف/غرض ولكنها لا تخدم أي وظيفة تكيفية بشكل واضح أو أي هدف ويمكن إيقافها عن طريق تشتيت الانتباه/الإلهاء. وتشمل الأمثلة التلويح المتكرر /التلويح باليد، الرفرفة، وتلوي الإصبع finger wiggling. الحركات النمطية يمكن تمييزها عن اللزمات بناءً على بداية ظهوره في سن مبكرة (أقل من عمر ٣ سنوات)، والمدة طويلة (من ثواني إلى دقائق)، إعادة الحركة بشكل متواصل وثابت (بنفس الطريقة) وفي ذات المكان، المبالغة عند الانغماس في النشاطات، نقص الدافع/الحافز التحذيري، التوقف مع تشتيت الانتباه/الإلهاء (على سبيل المثال، مناداته بالاسم أو لمسه). رقص Chorea بشكل سريع، عشوائي، مستمر، مفاجئ، وغير منتظم، وغير متوقع، وأفعال غير النمطية nonstereotyped التي عادة ما تكون ثنائية وتؤثر على جميع أجزاء الجسم (أي الوجه والجذع والأطراف). توقيت، واتجاه، وتوزيع الحركات يتغير من لحظة إلى أخرى، والحركات عادة ما تزداد سوءاً خلال محاولة القيام بالعمل التطوعي. الشد/التشنج العضلي أو الديستونيا Dystonic هو انكماش/تقلص متواصل وفي وقت واحد في كل من عضلة ما والعضلة المقابلة لها، مما يؤدي إلى وضعية مائلة أو حركة مائلة بأجزاء الجسم. وغالباً وضعيات الدستونيا Dystonia تنجم عندما يحاول الفرد القيام بحركات اختيارية لا يقوم بها أثناء النوم.

استخدام المواد ونوبة عسر الحركة الشديدة Substance-induced and paroxysmal dyskinesias: وتحدث نوبة عسر الحركة الشديدة عادة كما في الديستونيا (الشد /التشنج العضلي) أو حركات الرقص التكنعي (تدعى الحركات اللاإرادية غير الهادفة العضلية صغيرة السعة بالرقص Chorea "الكلمة اليونانية للرقص Dance" وتشابه هذه الحركات في الأطراف حركات التململ Fidgety أما في الوجه فتشبه التكشير Grimace) والتي يتم تصريفها كحركات اختيارية (طوعية) أو الجهد المبذول وهي أقل شيوعاً لدى الأشخاص الذين يمارسون أنشطتهم العادية.

التقلص العضلي Myoclonus: يتميز بتقلصات حركية مفاجئة أحادية الاتجاه والتي غالباً ما تكون غير إيقاعية/غير منتظمة، من الممكن أن يزداد سوءاً بسبب الحركة وتحدث أثناء النوم. ويختلف التقلص العضلي عن اللزمات بأنه أسرع، وأضعف كبتاً مع غياب تام للدافع/الحافز التحذيري.

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة Obsessive-compulsive and related disorders: قد يكون من الصعب تمييز سلوكيات الوسواس القهري عن اللزمات. وتشمل الأمثلة التي تميز سلوك الوسواس القهري أن حافزه/باعثه يقوم على أساس معرفي (على سبيل المثال، والخوف من التلوث) وضرورة تنفيذ الإجراء بطريقة معينة لعدد معين من المرات، وبشكل متساوٍ على جانبي الجسم، أو حتى بالتمام يتحقق الشعور. تظهر مشاكل السيطرة على الاندفاع والسلوكيات المتكررة الأخرى وتشمل نتف الشعر المستمر، قرص الجلد، وقضم الأظافر، وهذه السلوكيات تبدو أكثر توجيهاً لهدف وأكثر تعقيداً من اللزمات.

الاضطرابات المصاحبة Co-morbidity:

تم وصف العديد من الظروف الطبية والنفسية تحدث بالاشتراك مع اضطرابات اللزمات، كونها شائعة بشكل خاص مع اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط ADHD واضطرابات الوسواس القهري OCD وما يتعلق بها.

أعراض الوسواس القهري التي تمت ملاحظتها في اضطراب اللزمة تنزع لأن تتصف بالعدوانية المضادة وحتمية الأعراض والاستجابة الضعيفة للعلاج الدوائي مثل مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية.

الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط ADHD قد يظهرون السلوك الفوضوي disruptive behavior، عدم النضج الاجتماعي، وصعوبات التعلم التي قد تؤثر على التقدم العلمي والعلاقات الشخصية وتؤدي إلى ضعف أكبر من تلك التي تسببها اضطرابات اللزمات. أما الأفراد الذين يعانون من اضطرابات اللزمات يمكن أن يعانوا أيضاً من اضطرابات الحركة الأخرى واضطرابات نفسية أخرى، مثل اضطراب الاكتئاب، الاضطراب ثنائي القطب، أو اضطراب تعاطي المواد.



بعض صور اللزمات Tics

اضطراب لزمة محدد آخر Other Specified Tic Disorder:

تنطبق هذه الفئة على المظاهر التي فيها الأعراض المميزة للاضطراب اللزمة تسبب ضيق/كدر ملموس إكلينيكيا أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة الأخرى ولكن تستوفي المعايير الكاملة للاضطراب اللزمة أو أي اضطراب من الاضطرابات النمائية العصبية. تستخدم فئة اضطراب لزمة محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن الحالة لا تستوفي معايير اضطراب اللزمة أو أي اضطراب نمائي عصبي محدد، ويتم ذلك عن طريق تدوين "اضطراب لزمة محدد آخر" متبوعا بالسبب المحدد (على سبيل المثال، " مع ظهور بعد سن ١٨ عاماً").

اضطراب لزمة غير محدد Unspecified Tic Disorder:

تنطبق هذه الفئة على المظاهر التي فيها الأعراض المميزة للاضطراب اللزمة تسبب ضيق/كدر ملموس إكلينيكيا أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة الأخرى ولكن تستوفي المعايير الكاملة للاضطراب اللزمة أو أي اضطراب من الاضطرابات النمائية العصبية. يتم استخدام فئة اضطراب لزمة غير محدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد السبب في أن المعايير لم تستوفي لاضطراب اللزمة أو أي اضطراب نمائي عصبي محدد، وتشمل تقديم شرح يفيد بعدم وجود المعلومات الكافية لإجراء تشخيص أكثر تحديداً.

جدول (١١)

يوضح التشخيص الفارق لاضطرابات اللزمات

اضطرابات اللزمات (أي اضطراب توريت، اضطراب لزمة صوتية أو حركية مستمر [مزمن]، اضطراب لزمة مؤقت)، التي تتميز بالمفاجئة والسرعة، والتكرار، والحركات الحركية الغير إيقاعية/المنتظمة أو الحركات الصوتية، يجب تفريقها عن... وعلى النقيض من اضطرابات التشنج...	وعلى النقيض من اضطرابات اللزمات...
حركات رقصي الشكل المرتبطة مع ظروف عصبية أو طبية أخرى Choreiform movements associated with neurological or other medical conditions	تتميز بالسرعة، والعشوائية، والاستمرارية، والمفاجئة، وغير منتظمة، ولا يمكن التنبؤ بها، وأيضا بالأفعال غير النمطية التي عادة ما تكون ثنائية وتؤثر على جميع أجزاء الجسم (أي الوجه والجذع والأطراف).
التقلص العضلي Myoclonus	يتميز بتقلصات حركية مفاجئة أحادية الاتجاه والتي غالبا ما تكون غير إيقاعية/غير منتظمة، ويختلف التقلص العضلي عن اللزمات بأنه أسرع، وأضعف كبتا مع غياب تام للدافع/الحافز التحذيري.
اللزمات التي تحدث نتيجة التعاطي أو الأدوية Tics caused by substances or medications	تختفي عند التوقف عن التعاطي أو الدواء (على سبيل المثال، المنبه) ويتم تشخيصها على أنها اضطراب مرتبط بتعاطي غير محدد غير محدد أو أي اضطراب الحركة الناتج عن الأدوية.
اضطراب الحركة النمطي أو النمطية في اضطراب طيف التوحد Stereotypic Movement Disorder, or stereotypies in Autism Spectrum Disorder	تتميز بأنها غير وظيفية، وعادة إيقاعية/منتظمة، وسلوكيات تبدو كأنها مقصودة والتي عادة ما تكون أكثر تعقيدا من اللزمات.

الإجبار/ الإكراه في اضطراب الوسواس القهري Compulsions in Obsessive-Compulsive Disorder	تحدث استجابة لوسواس/ هاجس أو وفق لتطبيق لقواعد صارمة.
الفصام Schizophrenia	يمكن وصفه بالألفاظ أو السلوكيات غير المنظمة أو الغريبة والتي تصاحبها أعراض مميزة أخرى (على سبيل المثال، الأوهام والأعراض السلبية) ولها دورة زمنية مميزة (على سبيل المثال، يلاحظ تراجعا في الأداء).

٨

اضطرابات نمائية عصبية أخرى

Other Neurodevelopmental Disorders

اضطرابات نمائية عصبية أخرى
Other Neurodevelopmental Disorders

اضطراب نمو عصبي محدد آخر
Other Specified Neurodevelopmental Disorder

تنطبق هذه الفئة للمظاهر التي فيها الأعراض المميزة لاضطراب النمو العصبي تسبب ضعفا في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة الأخرى ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي اضطراب من الاضطرابات النمائية العصبية. تستخدم فئة اضطراب نمو عصبي محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد أن المظاهر لا تستوفي معايير أي اضطراب نمائي عصبي محدد، ويتم ذلك عن طريق تدوين " اضطراب نمو عصبي محدد آخر" متبوعا بالسبب المحدد (على سبيل المثال، "اضطراب نمو عصبي مرتبط بتعاطي الأم الكحول قبل الولادة").

مثال على المظهر الذي يمكن تحديده باستخدام تسمية "محدد آخر" هو كما يلي:

اضطراب النمو العصبي المرتبط بتعاطي الكحول قبل الولادة: اضطراب النمو العصبي المرتبط بتعاطي الكحول قبل الولادة يتصف بمجموعة من الإعاقات النمائية بعد التعرض للكحول في الرحم.

اضطراب نمو عصبي غير محدد
Unspecified Neurodevelopmental Disorder

تنطبق هذه الفئة للمظاهر التي فيها الأعراض المميزة لاضطراب النمو العصبي تسبب ضعفا في المجالات الاجتماعية والمهنية، أو غيرها من المجالات الهامة الأخرى ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي اضطراب من الاضطرابات النمائية العصبية. تستخدم فئة اضطراب نمو عصبي محدد آخر في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد السبب في أن المظاهر لا تستوفي معايير أي اضطراب نمائي عصبي محدد، وتشمل تقديم شرح يفيد ويتم بعدم وجود المعلومات الكافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا (مثال: الأوضاع في غرف الطوارئ).

٩

حالات إكلينيكية

حالات إكلينيكية

الحالة الأولى
(رأي ثاني في تشخيص التوحد)

فتاة عمرها ١٧ عاماً، مراهقة، أحيلت لإعادة تقييم التشخيص بعد أن تم تشخيصها بأنها حالة توحد وإعاقة عقلية معظم فترات حياتها. وحديثاً تم تشخيصها بوجود متلازمة كليفسترا Kleefstra، كما أن الأسرة ترغب في تأكيد التشخيص السابق وتقييم المخاطر الجينية لأطفال المستقبل من أخواتها الأكبر سناً.



متلازمة كليفسترا Kleefstra

وقد كانت وقت إعادة التقييم، كانت ملتحقة بمدرسة خاصة مع التركيز على المهارات الوظيفية، واستطاعت أن تلبس نفسها، لكنها لم تكن قادرة على الاستحمام بشكل مستقل أو أن تترك وحدها في المنزل، وأصبحت الفتاة قادرة على معرفة الكلمات (على سبيل المثال، قراءة كلمة)، ونهجئة كلمات مستوى الصف الثاني ولكن تفهم قليلاً مما تقرأ، وعند حدوث أي تغييرات على الجدول الزمني لها تميل بتعكر مزاجها، وعندما تحبط فإنها غالباً ما تؤذي نفسها (على سبيل المثال، عض معصمها) وغيرهم (على سبيل المثال، القرص وسحب الشعر).

وعند إعادة التقييم تم تطبيق مقياس رسمي حيث حصلت على معامل الذكاء غير اللفظي ٣٩ ومعامل الذكاء اللفظي ٢٢، مع معامل ذكاء كلي ٣١، وكانت

درجاتها على مقياس السلوك التكيفي كانت أعلى إلى حد ما، حصلت على معامل سلوك تكيفي ٤٢ (حيث المتوسط ١٠٠).

تاريخ الحالة، تلقت الفتاة أول التطعيمات في عمر ٦ أشهر بعد أن لاحظ والديها التأخر الحركي الملحوظ، حيث مشت في عمر ٢٠ شهرا وأتمت تدريب الحمام في عمر ٥ سنوات. وتحدثت أول كلمة لها في سن ٦. وقد شخصت على أنها تأخر في النمو في عمر ٣ سنوات بالإضافة إلى التوحد، والسمنة، والتهاب الدماغ في سن ٤.

في التقييم المبكر لوحظ شكل مميز للوجه (facial dysmorphology) وكانت الاختبارات الجينية في ذلك الوقت خارج تغطية شركة التأمين التأمين الطبي التابعة لها الفتاة وبالتالي لم يتم عمل الفحوصات الجينية.

وأشار والديها أن الفتاة عرفت المئات من الكلمات المفردة والعديد من الجمل البسيطة، وقالوا إنها منذ فترة طويلة مهتمة جدا في لوحات السيارات، وترسمهم بالساعات. وكانت الذاكرة أقوى مهاراتها، وأنها يمكن أن ترسم بشكل دقيق لوحات السيارات من مختلف الأماكن والمحافظات وبمختلف الأنواع. والفتاة كانت دائما متعلقة جدا بوالديها وأخواتها، وعلى الرغم من محبتها للأطفال، إلا إنها تبدي اهتماما ضئيلا بالمراهقات الأخريات اللاتي بمثلوتها في العمر

وكان التاريخ العائلي لأسرة الفتاة وثيق الصلة بالأب فهو يعاني من عسر القراءة (ديسلكسيا)، وعمه يعاني من الصرع، وابن عم الأم احتمال أن يكون لديه متلازمة أسبرجر. أما إخوانها وأخواتها كانوا بالكليات ويؤدون بشكل جيد.

وقت الفحص، كان لديها زيادة بالوزن، ولديها تواصل بصري غير متناسق ولكن غالبا ما تنظر بزاوية عينيها، كان لديها ابتسامة جميلة، وتضحك أحيانا وحدها، ولكن في معظم الوقت كانت تعابير وجهها هادئة، ليس لديها المبادرة بالانتباه المشترك وخاصة التواصل البصري.

وفي كثير من الأحيان تتجاهل ما يقوله الآخرون لها، ولكي تطلب الشيء المفضل لديها (على سبيل المثال، مجلة)، فإنها تهز جسميا، وعندما يقدم لها شيء (على سبيل المثال، الحيوانات الفرو)، فإنها تقربها من أنفها وشفتيها لتفحصها، وهي تتحدث بصوت عالي النبرة مع ترنيم أو نغم غير عادي.

وأثناء المقابلة، استخدمت كلمات متعددة وبعض العبارات القصيرة التي كانت نوعا ما تحفظها وترددها عن ظهر قلب ولكنها تواصلية، مثل "أريد أن أنظف"، و"هل لديك سيارة؟"

في الأشهر السابقة للتقييم، والذي الفتاة لاحظ أنها أصبحت غير مبالية على نحو متزايد، وقد تم فحصها طبيا وخلص التقييم الطبي إلى أن النوبات المسالك البولية هي السبب الأكثر احتمالا لهذه الأعراض، ولكن يبدو أن المضادات الحيوية جعلتها أكثر فتورا ولامبالاة. وعلاوة على ذلك فقد تم عمل اختبارات جينية تشمل أثناء التقييم الطبي، وتم تشخيص الفتاة بمتلازمة كليفسترا Kleefstra، وهو خلل جيني نادر يصاحبه مشاكل صحية متعددة بما في ذلك إعاقة ذهنية. وقال الوالدين انه تم فحصهم أيضا وكانت النتائج "سلبية."

الوالدين يريدوا أن يعرفوا على وجه التحديد ما إذا كانت نتائج الاختبارات الجينية أثرت على التشخيصات السابقة للفتاة وما هي الخدمات التي تحتاج إليها في المستقبل ويمكن الحصول عليها. وعلاوة على ذلك، فهم يريدون معرفة ما إذا كان من الضروري لابنتيهما الأخيرتين اختبارهما لمعرفة الخطر من أن يحملا جينات التوحد والإعاقة العقلية، و/ أو متلازمة كليفسترا Kleefstra.

التشخيص :

- أعاقة فكرية شديدة
- اضطراب طيف توحد، يصاحبه أو مترافق معه إعاقة فكرية ولغوية، ويرتبط معه متلازمة كليفسترا Kleefstra syndrome

المناقشة :

في ما يتعلق بالتشخيص، الاختبار المعرفي والمهارات التكيفية اليومية المحدودة للفتاة تشير إلى أن لديها طبقا لدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 إعاقة فكرية/ذهنية، بالإضافة إلى ذلك، فقد ظهرت عليها أعراض واضحة لكلا من المعايير الأساسية لأعراض اضطراب طيف التوحد (١ : العجز في التواصل الاجتماعي و٢ : أنماط محدودة ومتكررة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة)، كما تستوفي الفتاة بشرط اضطراب طيف التوحد في DSM 5 وهو وجود الأعراض في فترة مبكرة من النمو وتاريخ ملحوظ من الضعف، والشرط الخامس لاضطراب طيف التوحد ASD هو أن الاضطرابات ليست أوضح بشكل أفضل من خلال الاعاقة الفكرية، وهي مسألة أكثر تعقيدا في حالة الفتاة.

لكي تستوفي الفتاة معايير DSM-5 لكلا من اضطراب طيف التوحد ASDوالإعاقة الفكرية، يجب أن يكون العجز المحدد والسلوكيات ترتبط مع اضطراب طيف التوحد ASD بشكل أكبر مما يرى في الأشخاص الذين لديهم إعاقة فكرية. وبعبارة أخرى، إذا كان عجزها بسبب قدراتها الفكرية المحدودة

فقط، وإنما من المتوقع أن تكون لديها المهارات الاجتماعية ومهارات اللعب تعادل مهارات طفل طبيعي يبلغ من العمر ٣ - ٤ سنوات في هذه الحالة لا يمكن تشخيصها باضطراب طيف التوحد. إلا أن التفاعل الاجتماعي لدى الفتاة ليس على الإطلاق مثل الموجود عند أطفال مرحلة ما قبل المدرسة العاديين، ومع ذلك لم يكن أبدا تفاعلها الاجتماعي كذلك. فلديها تعابير الوجه محدودة، وضعف التواصل البصري؛ والاهتمام الضئيل في الأقران. ومقارنة بها نفسها "العمر العقلي"، الفتاة تظهر المحدودية الكبيرة في كلا من مدى الاهتمامات وفهمها للمشاعر الإنسانية الأساسية.

وقد أدى التباين في التوحد لصراع كبير. يجادل البعض، على سبيل المثال، أن الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة جدا ينبغي استبعادهم من اضطراب طيف التوحد ASD، ويرى آخرون أن الكثير من الأطفال قادرين فكريا مع اضطراب طيف التوحد ASD ينبغي أن يوضعوا في فئة خاصة بهم، كمتلازمة اسبرجر. والأبحاث لا تدعم أي من هذه التمييز. على سبيل المثال، تشير الدراسات إلى أن الأطفال الذين يعانون من أعراض التوحد والإعاقة الذهنية الشديدة في كثير من الأحيان لديهم أشقاء يعانون من مرض التوحد وكثرت ذكرية أخرى.

لا يزال هناك الكثير ليصبح اضطراب طيف التوحد معروفا لنا، ولكن لا يبدو أن معامل الذكاء IQ سيكون هو العامل المميز الرئيسي.

من منظور عملي، فإن العامل الحاسم هو ما إذا كان التشخيص اضطراب طيف التوحد ASD يقدم معلومات تساعد كدليل معالجة وتوافر الخدمات.

بالنسبة للفتاة، يشجع تشخيص اضطراب طيف التوحد ASD التركيز على مهاراتها الاجتماعية الضعيفة، ويدعو إلى الانتباه إلى الاختلافات في الدوافع وحاجتها للثناء. تشخيص اضطراب طيف التوحد ASD يؤكد أيضا على أهمية النظر بعناية لنواحي القوة المعرفية لديها (مثل الذاكرة والحفظ عن ظهر قلب والتمثيل البصري) والضعف (على سبيل المثال، الفهم، والتفاعل الاجتماعي، والقدرة على التكيف مع التغيير). كل هذا يمكن أن يلعب دورا كبيرا في جهودها للعيش بصورة مستقلة قدر الإمكان.

والدي الفتاة أيضا يشعرون بالقلق إزاء تأثير النتائج الأخيرة لاختبار الجينات على علاج الفتاة وعلى خطط الأسرة بالنسبة لأخواتها. عدد من الجينات الفردية قد تلعب دورا في القضايا العصبية المعقدة المتضمنة في التوحد؛ ولكن كما نعلم معظم حالات اضطراب طيف التوحد ASD تفتقر إلى سبب واضح.

عند ظهور حالة وراثية أو طبية أو عوامل بيئية تكون مشتركة وموجودة في الحالة، يتم إدراجه كمحدد، ولكن لا يتأثر تشخيص اضطراب طيف التوحد ASD خلاف ذلك.

معرفة السبب الوراثي لإعاقة الفتاة الفكرية واضطراب طيف التوحد ASD مهم لعدة أسباب. يجعل أطبائها يبحثون عن الاضطرابات الطبية المصاحبة التي تكون مشتركة في متلازمة كليفسترا Kleefstra: مثل المشاكل في القلب والكلى (مما قد يؤدي، على سبيل المثال، لالتهابات المسالك البولية المتكررة لها). معرفة السبب الوراثي يوسع أيضاً مصادر المعلومات من خلال ارتباط أسرة الفتاة بالأسر الأخرى (عن طريق الزواج) والتي قد تتأثر بهذه المتلازمة نادرة.

وهناك جانب مهم بشكل خاص من هذا التشخيص الجيني الجديد هو تأثيره على أخوات الفتاة. ففي حالات نادرة، أحد الوالدين قد تتأثر لديه الكروموسومات عن طريق تحولها من مكان لمكان أو عن طريق طفرة مما يؤدي إلى حدوث المتلازمة، ولكن الحقيقة أن والدي الفتاة كانت النتائج سلبية يعني أنهم ليسوا حاملين للجين الوراثي، لهذا فإن هناك احتمال منخفض للغاية أن أي شخص آخر في عائلتها لديه قد يصاب بهذه المتلازمة وخاصة أخواتها.

ورغم أن هذا لا ينطبق بالضرورة على الحالات التي تنطوي على الاضطرابات الوراثية الأخرى المتعلقة بالتوحد. فمن المرجح أن يشير هذا التشخيص الجيني المحدد لدى الفتاة إلى أنه ليس هناك خطر متزايد لأخواتها في ولادة أطفال يعانون من مرض التوحد. يمكن أن تكون هذه المعلومات مطمئنة للغاية ومفيدة لأخوات الفتاة. ولكن تبقى الحقيقة أنه على الرغم من علم الوراثة بلا شك يلعب دوراً كبيراً في التوحد والإعاقة الفكرية، إلا أن معظم الحالات لا يمكن التنبؤ بها بشكل موثوق فيه، ويتم التشخيص من خلال الملاحظة المستمرة والطولية خلال مرحلة الطفولة.

الحالة الثانية
(نوبات الغضب)

طفل صبي يبلغ من العمر ١٢ عاماً أحضرته والدته للتقييم النفسي لنوبات الغضب التي يبدو أنه يساهم في هبوط الأداء المدرسي، وذكرت الأم عاطفياً وهي تذكر أن الأمور كانت دائماً صعبة ولكن أصبحت أسوأ بعد دخول طفلها المدرسة المتوسطة.

ذكرت الأم أن المعلمين في الصف السادس للطفل يرون أنه كان قادر أكاديمياً ولكنه كان ضعيف القدرة في تكوين صداقات، ويبدو أنه لا يثق بتوايا زملائه الذين حاولوا أن يكونوا أصدقاء معه؛ ولكنه يثق بالآخرين الذين يتظاهرون بالمزح معه ولديهم نفس الاهتمام المشترك بينهم في لعبة السيارات والشاحنات التي يحضرها إلى المدرسة، وأشار المعلمين إلى أنه غالبا ما يبكي ونادراً ما يتحدث في الفصل.

وفي الأشهر الأخيرة، مجموعة كبيرة من المعلمين سمعته يصرخ في الأولاد الآخرين في الردهة غالبا، ولكن في بعض الأحيان يصرخ عليهم في منتصف الصف. لم يحدد المعلمين سببا ولكن عموما لم يتم تأديب الطفل لأنهم افترضوا انه كان يرد على الاستفزاز من الأطفال الآخرين.

عندما مقابلته وحده، استجاب الطفل بغمغمة غير عفوية أو تلقائية عندما سؤاله عن المدرسة، وزملاء الدراسة، وعائلته، وعندما سأله الفاحص إذا كان مهتما في لعبة سيارات، أشرق وجه الطفل ولمع وتوهج، وسحب العديد من السيارات والشاحنات والطائرات من حقيبته؛ وعلى الرغم من ذلك لم يكن هناك تواصل بصري جيد، تحدث مطولا عن المركبات، وذلك باستخدام أسمائها الدقيقة على ما يبدو (على سبيل المثال، جاكوار، بورش ......)، وعندما سئل مرة أخرى عن المدرسة، سحب الطفل هاتفه الخلوي وأظهر سلسلة من الرسائل النصية: "!!!! المتعثر، الخاسر، الغريب!، الكل يكرهك" ويتم الفاحص يقرأ سلسلة طويلة من الرسائل النصية التي كان طفل قد حفظها، ولكن على ما يبدو أنه لم يكشف عنها سابقا، وأضاف الطفل أن الأولاد الآخرين يهمسون "بكلمات سيئة" له في الفصل ثم يصرخون في أذنه في القاعة. "أنا أكره الأصوات العالية" وقال انه فكر بالهروب.

نمائيا: تحدث الطفل أول كلمة له في سن ١١ شهرا، وبدأ في استخدام جمل قصيرة في عمر ٣ سنوات، وكان دائما يركز جدا على الشاحنات والسيارات

والقطارات. وفقاً لأمه: أنه كان دائماً "خجول جداً" ولم يكن له صديق حميم أبداً، يعاني في فهم النكات والمزاح الطفولي العادي لأنه "يأخذ الأمور حرفياً". وكانت والدة الطفل منذ فترة طويلة ترى هذا السلوك "غريب قليلاً" لكنها أضافت أنه لا يختلف كثيراً عن والد الطفل، وهو محامي ناجح، حيث أن لديه (الأب) تركيز على اهتمامات على نحو مماثل. كل منهما يُعتبر من "المتمسكين بالروتين" و"يفتقرون إلى روح الدعابة".

أثناء الفحص، كان الطفل خجول وغير عفوي، وكان تواصله البصري أقل من المتوسط. كان كلامه مترابط وموجه لهدف. في بعض الأحيان، تعثرت كلمات الطفل، توقفت بشكل مفرط، وأحياناً تتكرر الكلمات بسرعة أو أجزاء من الكلمات. وقال الطفل انه يشعر بأنه بخير لكنه أضاف انه كان خائفاً من المدرسة، وظهر حزيناً، أشرق وجهه فقط عند مناقشته عن لعبة المباريات. ونفى التفكير بالانتحار وفكرة القتل، ونفى وجود أي أعراض ذهانية. وكان سليماً معرفياً.

التشخيص :

اضطراب طيف التوحد بدون قصور فكري مصاحب، مع ضعف لغة مصاحب: اضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة (التأتأة/ التلعثم)

نقاش :

الطفل يظهر أعراض متوافقة مع اضطراب طيف التوحد (ASD)، التشخيص الجديد لاضطراب طيف التوحد في DSM-5 والذي يتضمن العديد من الاضطرابات المنفصلة سابقاً، وهي اضطراب التوحد (التوحد)، اضطراب اسبرجر، واضطراب النمو المتفشي الغير المحددة. يتميز اضطراب طيف التوحد باثنين من أهم مجالات الأعراض: عجز التواصل الاجتماعي ومجموعة تركز اهتمامها على الاهتمامات والسلوكيات المتكررة.

ومن الواضح أن الطفل لديه صعوبة كبيرة في التفاعلات الاجتماعية مع أقرانه، فهو غير قادر على تكوين صداقات، ولا ينخرط في اللعب التفاعلي، ويعاني في قراءة وفهم الإشارات الاجتماعية، الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد عادة ما يجدوا صعوبة في تفسير تعابير الوجه ولغة الجسد، والسلوكيات غير اللفظية الأخرى بشكل صحيح، هو جاد ولا يمزح و"يأخذ الأمور حرفي". هذه الأعراض تفي بمعايير اضطراب طيف التوحد ASD لعجز التواصل الاجتماعي (المعيار A).

وفيما يتعلق بالعرض الثاني (المعيار B) لاضطراب طيف التوحد: الطفل لديه اهتمامات مركزة والسلوكيات المتكررة التي تسبب ضيق كبير، فهو يبدو مهتمًا في السيارات والقطارات: لديه اهتمام ضئيل بأي شيء آخر؛ وليس لديه رؤية واضحة بأن الأطفال الآخرين قد لا يشاركونه حماسه، أنه يحب "الرتابة"، فينجم الضيق إذا تم تغيير روتينه. الطفل يستوفي كلا من معايير الأعراض الأولية لاضطراب طيف التوحد، بناءًا على الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5.

يتعثر الطفل في كلامه، توقف بشكل مفرط، ويكرر كلمات أو أجزاء من الكلمات، هذه الأعراض تتفق مع التأتأة، والتي تصنف كواحدة من اضطرابات التواصل في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5، وتسمى اضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة (التأتأة/التلعثم)، عادة تستمر وتتميز بكثرة التكرار أو التمديدات في الأصوات، والكلمات مكسورة، توقف في الكلام، والإطناب، وقد يؤدي ظهور اضطراب الطلاقة البادئ في الطفولة (التأتأة/التلعثم) إلى الخلل الاجتماعي والأكاديمي، والمهني بشكل كبير.

وتشمل اضطرابات التواصل الأخرى في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5 صعوبات في إنتاج الكلام (اضطراب صوت الكلام)، صعوبة في التحدث بالكلام واللغة المكتوبة (اضطراب اللغة)، وصعوبة في الاستخدامات الاجتماعية من التواصل اللفظي وغير اللفظي (اضطراب التواصل الاجتماعي [العملي])، على الرغم من أن هذه الصعوبات لم تلاحظ في تقرير الحالة، الطفل ينبغي أن يتم تقييمه لكل هذا الاضطرابات، لأن ضعف اللغة عادة هو جزء من اضطراب طيف التوحد، والذي يتم سرده كمحددات في اضطراب طيف التوحد بدلا من التشخيصات المنفصلة والاضطرابات المصاحبة.

قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5، فإن الطفل قد يستوفي معايير اضطراب اسبرجر، والتي يظهر في الأفراد ذوي سمات التوحد الأساسية (العجز الاجتماعي وتركيز الاهتمامات) والذكاء العادي، ربما لأنه شارك أعراض طيف التوحد مع والده، ومع ذلك، كان ينظر للطفل على أنه "غريب قليلا" لكن من دون مشاكل تستحق الاهتمام الإكلينيكي المحدد.

عدم وجود تشخيص ساهم في أن طفل هدف أعزل للتنمر bullying الضار من قبل الأطفال الآخرين، بدون التدخلات المناسبة لكل من أعراض التوحد الأساسية والتلعثم، الطفل في خطر حقيقي من تعرضه لصدمات نفسية مستمرة والفشل الأكاديمي.

الحالة الثالثة
(الصعوبات الأكاديمية)

شاب، يبلغ من العمر ١٩ عاماً وهو طالب جامعي من خارج المدينة، حضر إلى عيادة الرعاية الصحية الأولية لمساعدة الذين يعانون من صعوبات أكاديمية. منذ بدء دراسته الجامعية في وقت سابق منذ ٦ أشهر، كان قد أدى بشكل سيئ في الاختبارات ولم يتمكن من تنظيم الوقت للدراسة، مخاوفه وقلقه كان من أن يفشل في الكلية وهذا أدى إلى الأرق، وضعف التركيز، والشعور العام باليأس.

بعد أسبوع صعب بشكل خاص، عاد إلى بلدته بشكل غير متوقع، وأخبر أهله أنه يعتقد أنه يجب ترك الكلية، ووالدته أحضرته بسرعة إلى العيادة التي ساعدت في السابق كلا من الشاب وشقيقه الأكبر، والأم تساءلت عما إذا كان اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط "ADHD" لدى الشاب هو الذي يسبب له المشاكل أم لا.

وكان الشاب قد حضر إلى نفس العيادة عندما كان عمره ٩ سنوات، في ذلك الوقت تم تشخيصه باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط (ADHD) النمط المشترك. وأشارت الملاحظات خلال التقييم الإكلينيكي أن الشاب كان لديه مشكلة في المدرسة بسبب عدم إتباعه للتعليمات، عدم استكمال الواجبات المنزلية، والخروج من مقعده، وفقدان الأشياء، لا ينتظر دوره، ولا يستمع لمن يحدثه، كان لديه صعوبة في التركيز إلا فيما يتعلق بألعاب الفيديو، والذي يمكن أن يلعبه بالساعات. وكان الشاب يبدو بطيئاً في الحديث، ولكن كانت ولادته وتاريخ النمو لديه طبيعي.

أثناء التقييم عندما كان الشاب في عمر ٩سنوات، أكد التقييم النفس تربوي من قبل الأخصائي النفسي الإكلينيكي وجود مشاكل بالقراءة (وخاصة مشاكل في القراءة بطلاقة والفهم). ومع ذلك، الشاب لم يستوفي معايير إدارة المدرسة الخاصة بصعوبات التعلم، حيث كان الأمر يتطلب دليلا على وجود تناقض بين درجات الذكاء والتحصيل بحوالي ٢٠ نقطة، وهكذا، لم يكن الشاب مؤهلا للحصول على خدمات التربية الخاصة.

وكان طبيب الرعاية الأولية أوصى للشاب بعلاج دوائي، ولكن الأم رفضت إعطاء الدواء للشاب، وبدلا من ذلك، قامت الأم بالاتفاق مع معلم خاص لمساعدة ابنها مع التركيز على القراءة.

منذ بدء دراسته الجامعية، ذكر الشاب أنه لم يتمكن في كثير من الأحيان

الاستمرار في التركيز أثناء القراءة والاستماع إلى المحاضرات، وكان يتشتت بسهولة، وبالتالي كان يعاني من صعوبة في تسليم واجباته الكتابية في الوقت المحدد لها.

واشتكى من شعور بعدم الاستقرار، والانفعال، والقلق، وكذلك صعوبة في النوم، وضعف الطاقة، وعدم القدرة على الشعور بالمتعة مثل أقرانه، وأفاد بأن أعراض الاكتئاب تتأرجح "صعودا وهبوطا" على مدار الأسبوع، ولكن لا يبدو أنها تؤثر على مشاكله في التركيز، ونفى تعاطي المخدرات.

وقال الشاب انه كان لديه بعض المعلمين القديرين في المدرسة الثانوية الذين كانوا يفهمونه، وساعدوه في فهم معنى ما يقرأ، وسمح له بتسجيل شريط صوتي للدروس واستخدام أشكال أخرى (على سبيل المثال، أشرطة الفيديو، والعروض المرئية) للواجبات النهائية، وقال بأنه بدون هذا الدعم في الكلية شعر انه "وحيدا، غبي، فاشل، غير قادر على التعامل مع متطلبات الكلية."

على الرغم من نصح معلمه بالمدرسة الثانوية له للقيام بذلك، الا انه لم يسجل اسمه لدى مكتب خدمات إعاقة الطالب في الجامعة، وقال انه يفضل أن لا ينظر له على انه مختلف عن أقرانه، ويعتقد انه يجب ان يكون قادرا على النجاح في الجامعة بنفسه.

كان التاريخ العائلي للشاب إيجابي فاضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD موجود لدى شقيقه الأكبر، وقرر والده (الذي توفي عندما كان شاب في سن ٧): انه كان يعاني من عسر القراءة وقد توقف عن الدراسة بكلية خدمة المجتمع بعد فصل دراسي واحد.

أثناء الفحص، الشاب ارتدى بنطلون جينز، تي شيرت، قبعة، جلس بهدوء ومنحني للأمام قليلا، تنهد كثيرا، وكان التواصل البصري مع الطبيب نادرا، غالبا ما ينقر بأصابعه ويعدل من جلسته في مقعده ولكن كان مهذبا ورد بشكل مناسب على الأسئلة، والشاب غالبا ما يتمتم ويخطئ في بعض الكلمات الطويلة (على سبيل المثال، قال "انتيشونال" بدلا من "الانترناشيونال")، ونفى أي أفكار انتحارية، وظهر لديه تبصر ووعي معقول بمشاكله.

الشاب تم تحويله إلى الأخصائي النفسي لإجراء مزيد من الاختبارات، وأكد إعادة التقييم النفسي تربوي أن قدرات الشاب بالنسبة للقراءة والكتابة أقل من تلك المتوقعة لعمره إلى حد كبير، وخلص ذلك التقرير أيضا أن هذه صعوبات في التعلم ليست بسبب الإعاقة الفكرية، ولا بسبب البصر أو السمع، ولا بسبب مشكلة نفسية،

أو عدم الكفاءة في لغة التدريس الأكاديمي، ويخلص التقرير إلى أن الشاب يواجه صعوبات محددة في القراءة بطلاقة والفهم فضلا عن التهجئة والتعبير الكتابي.

التشخيص:

- اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط مع النمط المسيطر عدم الانتباه، من بسيط الى متوسط الشدة
- اضطراب التعلم المحدد، يؤثر على مجالات القراءة (كل من الطلاقة والفهم) والتعبير الكتابي (الهجاء وتنظيم التعبير الكتابي)، وكلها حاليا متوسطة الشدة.

نقاش:

حضر الشاب مع تاريخ من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، فعندما تم تقييمه لأول مرة في سن التاسعة، كانت معايير DSM-IV لـ ADHD المطلوبة ستة من تسعة للأعراض المذكورة في أي من الفئتين: عدم الانتباه أو فرط النشاط والاندفاع (فضلا عن بدايته قبل سن ١٢)، وكان قد تم تشخيصه وقتها بوجود النوع المشترك لاضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط، مشيرا إلى العيادة المتخصصة قد وجدت لا يقل عن ستة أعراض في كل من هذه المجالات.

الشاب حضر الآن في سن التاسعة عشر، ويشير تقرير الحالة إلى أن لديه خمسة أعراض من عدم الانتباه مختلفة واثنين من الأعراض المرتبطة بفرط النشاط والاندفاعية، ويبدو أن هذا يشير إلى وجود تحسن الأعراض، والهدأة الجزئية من الاضطراب أمر شائع مع التقدم في السن، ولا سيما فيما يتعلق بأعراض فرط النشاط مع الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV، فإنه يمكن أن يقال القول بأن اضطراب ADHD مع الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 مع ذلك، لديه عتبة أقل من خمسة أعراض في أي فئة، بدلا من ستة، وبالتالي، لا يفي بهذا المعيار لتشخيص ADHD من المهم أن نبحث عن تفسيرات بديلة لاضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD، وذلك من خلال احتمال واحد هو أن أعراضه الحالية يمكن تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطراب المزاج، خلال الستة أشهر الماضية، وقد ظهر لدى الشاب أعراض القلق والاكتئاب، ولكن نقص انتباه وضعف تركيزه على ما يبدو لا تتفاقم بسبب هذه النوبات. فأعراض اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD مزمنة، وكان لديه اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD بداية في مرحلة الطفولة دون أي اضطرابات المزاج أو القلق، وعلاوة على ذلك، لظهور عرض من أعراض الاكتئاب يبدو أنه استمر فقط حوالي أسبوع، في حين الصعوبات المدرسية مزمنة.

المشاكل الأكاديمية شائعة في ADHD حتى في حالة عدم وجود اضطراب التعلم المحدد، على الرغم من أن اضطراب التعلم المحدد ممكن أن يكون اضطراب مصاحب عادة مع ADHD، حتى قبل أن تقرر الاختبارات النفسية، ظهر أن الشاب لديه تاريخ متعدد والذي يزيد من احتمال وجود اضطراب التعلم المحدد.

فشل التقييم النفس تربوي السابق لشاب في تأكيد اضطراب التعلم لأنه لم يجتمع التباين المطلوب بين الذكاء والتحصيل لتشخيص اضطراب التعلم المحدد استنادا إلى مجموعة إضافية من الأدلة، وألغى DSM-5 هذا المعيار الخاص بالتناقض في اضطراب التعلم المحدد، وقد جعل هذا التغيير المعقول أن يحيل المراهقين الأكثر سنا لإعادة التقييم.

إعادة الاختبار النفسي يشير إلى اضطراب التعلم المحدد متوسط الشدة، لأن صعوبات التعلم لدى الشاب بدأت عندما كان في سن الدراسة، واستمرت تسبب ضعف أكاديمي، وهو يستوفي المعايير التشخيصية الخاصة بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5.

عن طريق تقييم الوثائق لكلا من ADHD واضطراب التعلم المحدد، الشاب يكون قادرا على الدخول إلى الأماكن الأكاديمية التي ينبغي أن تسمح له بمتابعة أكثر قوة لدراسته بكليته.

الحالة الرابعة
(مشاكل مدرسية)

فتاة تبلغ من العمر ١٣ سنة في الصف الثامن، وتم تحويلها للتقييم النفسي بسبب الصراعات الأكاديمية والسلوكية، كان لديها صعوبة خاصة في بدء وإكمال الواجبات المدرسية وإتباع التعليمات، وأنها رسبت في الرياضيات، وعندما يطلب منها إنجاز المهام، وأصبحت الفتاة تجادل وسريعة الانفعال، وكانت تزداد مقاومتها للحضور المدرسة، وطلبت البقاء في المنزل مع والدتها.

وأشارت الاختبارات التي تم تطبيقها على الفتاة كانت أعلى من المتوسط في الذكاء والتحصيل بالنسبة للفئة العمرية في جميع المواد باستثناء الرياضيات، وبعض الصعوبات في المهارات المكانية والبصرية، قبل عدة سنوات، كان طبيب الأطفال قد شخصها باضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط (ADHD) ووصف لها دواء، وقد أخذت الدواء لمدة أسبوع، ولكن الوالدين توقفوا عن اعطائها الدواء يجعلها لأنها بدت هائجة/متوترة.

في المنزل، ومع الإشراف من الوالدين على دروسها غالباً ما يؤدي إلى الحجج مع البكاء والصراخ، كان لديها اثنين من أصدقائها منذ فترة طويلة ولكن لم تقوم بعمل صداقات جديدة لعدة سنوات. عموماً، قالت انها تفضل اللعب مع الفتيات الأصغر سناً عندما تختار صديقاتها النشاط أو لا يتبعون قواعدها في اللعب، فأنها تميل الى الانسحاب، وكانت هادئة عموماً في المجموعات، وفي المدرسة ولكنها أكثر جرأة مع أفراد الأسرة.

البداية في مرحلة الطفولة المبكرة، كان لديها صعوبة في النوم، الأمر الذي يتطلب إضاءة خفيفة والطمأنينة من الوالدين، وكانت تحبط بسهولة عن طريق التغيير، ونادرا ما يجبرها والداها على أنشطة جديدة، وقد قرر الوالدين أنه لا توجد صدمات، أو إجهاد، أو مشاكل طبية أو نمائية معينة، بدأت فترة الحيض قبل حوالي شهرين من التقييم، وكان تاريخ عائلتها ذو صلة لعدة أقارب من الدرجة الأولى والثانية مع اضطرابات المزاج، أو اضطرابات القلق، أو اضطرابات التعلم.

في الاجتماع الأول، كانت خجولة ومتوترة، كان لديها ضعف في التواصل البصري، وكان لديها صعوبة في الحديث عن أي شيء آخر غير مجموعتها من الأحصنة البلاستيكية. في غضون ١٥ دقيقة أصبحت أكثر راحة، وكشفت عن أنها تكره المدرسة لأن الدراسة صعبة والأطفال الآخرين لا يبدو أنهم يقدموا الرعاية

لها. وقالت إنها كانت تخشى من الوقوع في الخطأ والحصول على درجات سيئة ومخيبة للآمال لمعلماتها ولوالديها. الانشغال مع الإخفاقات السابقة أدى إلى نقص الانتباه والتردد. وقد أنكرت أنها كانت جيدة في أي شيء، وأن أي جانب من جوانب حياتها يسير على ما يرام.

وأعربت عن رغبتها في أن يكون لديها المزيد من الأصدقاء، وبقدر ما أمكن أن تتذكر، قالت أنها شعرت دائما بهذه الطريقة. هذه الأمور جعلتها حزينة، لكنها نفت وجود مشاعر الاكتئاب المستمرة أو أفكار انتحارية، ظهرت قلقة لكن أشرق وجهها عند مناقشتها عن مجموعتها الخاصة بالأحصنة وعائلتها.

التشخيص :

- اضطراب التعلم المحدد (رياضيات).
- اضطراب القلق المعمم.

نقاش :

الفتاة لديها أعراض نقص الانتباه والقلق، والصعوبات الأكاديمية، والعلاقات بالأقران محدودة، وضعف الثقة بالنفس هي التي تسبب الضيق وضعف الأداء. بيولوجيا، الفتاة تواجه التغيرات الهرمونية في سن البلوغ على خلفية وجود تاريخ عائلي عن اضطرابات المزاج، والقلق، واضطرابات التعلم.

نفسيا، الفتاة تعيش مع الاعتقاد بأنها غير مقبولة، وربما يتسبب ذلك في الصعوبات المستمرة لها في المدرسة، نمائيا الفتاة تعمل على المستوى العاطفي للطفل في سن المدرسة. اجتماعيا، الفتاة لديها بيئة أسرية داعمة التي تؤكد على حمايتها، وربما يتداخل ويؤثر في اكتساب المهارات المتعلقة بالاستقلالية والتحكم الذاتي. وفي الوقت نفسه، لم يقدم النظام التعليمي لا يقدم الدعم اللازم أو الضروري للفتاة للنجاح الأكاديمي.

ويمكن تفسير المشاكل الأكاديمية لدى الفتاة بجزء من اضطراب التعلم المحدد في الرياضيات، لديها صعوبات مستمرة في هذا المجال، ويدعم ذلك الاختبارات التي أظهرت أدائها بأنه أقل من مستواها الفكري والعمر الزمني، وتحصيلها في المواد الأكاديمية الأخرى، ومستواها في الأداء الفكري يدل على أن عموما أداؤها مناسبا للعمر، وتشير إلى أن الذكاء الكلي والأداء التكيفي طبيعيان، وأن الفتاة ليس لديها إعاقة فكرية.

ويمكن أن يكون من الصعب التمييز بين القلق والاضطرابات المزاجية في

الأطفال في سن الفتاة في هذه الحالة، اضطراب القلق هو أكثر ترجيحا لأن أعراض الفتاة مزمنة وليس عرضيا، أما أعراض الاكتئاب في كثير من الأحيان تكون مرتبطة بالحزن لدى الفتاة لإحساسها الفشل والقلق بشأن كفاءتها. باستثناء اضطراب النوم، ليس لديها أعراض عصبية. صعوبتها في الاستغراق في النوم تستند على أصوات القلق، كما في انعدام كفاءتها الاجتماعية، عدم الرغبة في الامتثال لمطالب المدرسة، وردة فعل مبالغ فيه عندما تواجه مهام غير محببة لها؛ بالإضافة إلى القلق حول قدراتها، الفتاة يبدو أن لديها مخاوف بشأن الأمن؛ وهو ما قد يفسر ظهورها متوترة، الفتاة تدير قلقها عن طريق التجنب أو السيطرة على الأنشطة، وعلى الرغم من بعض مخاوفها التي تتسق مع اضطرابات القلق الأخرى، مثل اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) أو اضطرابات قلق الانفصال، قلق الفتاة يتجاوز تلك المجالات، ونظرا لانتشار القلق لديها؛ فإن التشخيص الأنسب هو اضطراب القلق العام generalized anxiety disorder (GAD).

يتميز اضطراب القلق العام (GAD) بالقلق والخوف المفرطان المستمران؛ وتشمل معايير أعراض الأرق، وضعف التركيز، وسرعة الانفعال، وتوتر العضلات، واضطراب النوم، ويشعر بالإرهاق الشديد بسهولة. على الرغم من أنه يتطلب ثلاثة من ستة معايير للبالغين، إلا أنه يمكن إجراء تشخيص اضطراب القلق العام (GAD) في الأطفال الذين يعانون من عرض واحد فقط بالإضافة إلى القلق والقلق المفرطان.

الصعوبات الاجتماعية شائعة بين الأطفال والمراهقين، وخاصة المصابين باضطرابات نفسية. فترتبط حالة الفتاة بقلقها من كونها تريد ان تكون كفؤه (ذات كفاءة) ومحبوبة. الصعوبات الأكاديمية والقلق أعاقوا تطورها، مما جعلها غير ناضجة انفعاليا واجتماعيا.

عدم نضجها قد يوحي بوجود اضطراب طيف التوحد، حيث أنها تجد صعوبة في البدء في التفاعلات الاجتماعية والانخراط في علاقات تبادلية مع أقرانها (مع ضعف التواصل البصري الذي لوحظ أثناء الفحص)، ولكن الفتاة لم يكن لديها صعوبات في التواصل، أو عدم المرونة، أو السلوكيات النمطية المرتبطة بالتوحد؛ ويتحسن سلوكها مع الألفة، وتعبر عن اهتمامها في أقرانها.

وبالمثل، كما يبدو أن لغتها وكلامها ومهارات التواصل لديها ملائمة من حيث النمو، مما يجعل اضطراب طيف التوحد في هذه المجالات غير مرجح.

ويمكن أيضاً النظر في اضطراب التحدي المعارض Oppositional defiant disorder للفتاة لأنها ترفض وغير متعاونة في المدرسة والمنزل عندما يتعلق الأمر بالعمل الأكاديمي لها. ومع ذلك، فإن هذا الموقف والسلوك لا يظهر في أكثر من مكان آخر، وسلوكياتها لا تستوفي متطلبات اضطراب التحدي المعارض بالنسبة لمستوى الأعراض والتكرار. والأفضل تصور لهذه الأعراض وصفياً مظهراً من مظاهر القلق ومحاولة إدارته والسيطرة عليه.

نقص الانتباه Inattention هو عرض من الأعراض التي تحدث في مجموعة متنوعة من الاضطرابات. فالأفراد مع اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD لديهم مشاكل مع الانتباه والاندفاعية و/ أو فرط النشاط والتي تحدث في أماكن متعددة قبل سن ١٢ وتسبب ضعف كبير، وعلى الرغم من أن الفتاة لديها العديد من الأعراض بما يتفق مع نقص الانتباه، يبدو أن هذه الأعراض تقتصر على مكان المدرسة، وأيضا لا يبدو أن لديها مشاكل ملحوظة متعلقة بسلوكيات الاندفاعية أو تنظيم النشاط. وينبغي أن يظل وجود احتمال قائم لوجود اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط ADHD وتشخيصه.

الحالة الخامسة
(ضجر/تململ وصرف الانتباه)

طفل، صبي يبلغ من العمر ٩ سنوات، وأحيل إلى التقييم من قبل أستاذه، الذي لاحظ أن اهتمامه كان ضعيفاً، في ذلك الوقت، كان الطفل في الصف الرابع في مدرسة العادية وخاصة (أهلية) للأولاد. وأخبر المعلم والدي الطفل بأنه على الرغم من أن الطفل كان من بين أفضل الطلاب في صفه في الفصل الدراسي الأول من العام، إلا أن درجاته قد تراجعت خلال النصف الثاني من نفس العام. وقال إن الطفل يميل إلى أن يكون ضجر/متململ ويصرف انتباهه عندما تكون المهام الأكاديمية أكثر صعوبة وتحدي، واقترح المعلم أن يحاول الوالدين إجراء اختبار نفسي عصبي للطفل.

في المنزل، أوضحت والدة الطفل، أنه بدا أكثر انفعاليا في الآونة الأخيرة: يبكي بعض الأحيان، وهو أمر غير مألوف بالنسبة له. ونفت أي مشاكل في المنزل، ووصفت زوجها وابنها وابنتها البالغة من العمر ٨ سنوات، ونفسها بأنها "أسرة سعيدة." وقالت أنها قد لاحظت، مع ذلك، أن الطفل أصبح ينزعج كثير من أن يترك لوحده، وقالت انه أصبح "متعلق بوالديه" فغالبا ما يتبعهم في جميع أنحاء المنزل، وكان يكره أن يكون في أي غرفة لوحده. وأنه بدأ أيضاً في ترك سريره ويأتي إلى سرير الوالدين في منتصف الليل قد إنه بدأت أيضا التسلق الى السرير مع والديه في منتصف الليل، وهو ما لم يحدث أبدا في الماضي. وعلى الرغم من أن الطفل كان لديه عدد قليل من الأصدقاء الجيدين في الحي والمدرسة، كان يسعد عندما يأتي أطفال آخرون إلى منزله، وأشار الوالدين إلى أنه يرفض النوم خارج المنزل.

وافقت الأم على أن الطفل بأنه بدا أكثر ضجر/تململ. وقد لاحظت أنه في كثير من الأحيان يبدو عليه تقلص (هز) كتفيه، تجهم/تكشير (يكشّر دائما أو اشمئزازا أو ازدراء، بلوى قسمات)، مع وجود حركة (لزمة) غمزيه بالعين، مما سببت للأم القلق على الطفل. تتفاقم هذه الحركات عندما كان متعب أو محبط، وأنها تتضاءل في الأكثر عندما يكون هادئاً ومع الأنشطة المركزة أو الواجبات المنزلية، وخصوصا عندما كانت تساعده.

وأشارت والدته أيضا إلى أن الطفل أصبح فجأة "يومن بالخرافات". كلما جاء ليخرج من المدخل، فإنه يقوم بالذهاب والإياب (يروح ويجيء) حتى يلمس كل من

مقابض الباب بكلتا يديه في وقت واحد، مرتين في تتابع سريع. وأعربت الأم عن أملها في أن تهدأ/ تخف أكثر عادات الطفل الظاهرة والواضحة بحلول الصيف، عندما تأخذ الأسرة عطلتها السنوية. وأعربت عن أنهم كانوا يخططون للسفر خلال العطلة الصيفية.

وأشارت والدة الطفل ابنها بأنه "طفل مُريح، ولكن حساس" وكان نتاج حمل مخطط له بدون مشاكل؛ ولم يحدث أي تأخر في مراحل النمو لم يكن لديه تاريخ من المشاكل الطبية، ولكن ذكرت والدته أنه كان قد بدأ القيام بزيارات متكررة إلى ممرضة المدرسة يشكو من ألم بالبطن.

أثناء الفحص، طفل صبي صغير الجسم، حسن الشكل، وكان ضجر/متململ نوعا ما، حيث كان يسحب البنطلون لأعلى يغير من جلسته في مقعده. سمع كلام أمه عن حركاته الجديدة والتي يبدو أنها تستفزهم، وأشار الفاحص إلى أن الطفل أيضا كان في بعض الأحيان يغمز بعينيه بشكل تام، يلوي عينيه، ويعمل أصوات تطهير/تنظيف الحلق. وقد قال الطفل انه قلق بعض الأحيان بخصوص "أشياء سيئة" سوف تحدث لوالديه، وكانت مخاوفه غامضة/مبهمة، ومع ذلك، أبدى خوف فقط من أن اللصوص قد يقتحمون منزلهم.

التشخيص :

- اضطراب لزمة مؤقت.
- اضطراب قلق الانفصال.

النقاش :

يظهر الطفل انخفاض في الأداء المدرسي، الذي يبدو أن عائلته تنسبه أو ترجعه إلى مجموعة من أعراض القلق التي بدأت حديثًا نسبيا، وهو يتضايق/لا يرتاح مع العزلة ومتردد في قضاء الليل خارج المنزل، لديه مخاوف من أن أشياء السيئة سوف تحدث لوالديه، ويذهب بشكل متكرر إلى ممرضة المدرسة.

وبناء على ذلك يبدو أن الطفل يستوفي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 الخاص باضطراب قلق الانفصال، والأعراض تحتاج أن تستمر فقط لمدة شهر واحد في الأطفال والمراهقين

وأشارت والدة الطفل أيضا إلى أنه أصبح أكثر ضجر/تململ، وقد ربطت بين تقلص (هز) الكتف، تجهم/تكشير (يكشر دائما أو تكشيرة أو ازدراء يلوي قسمات)، الغمز بالعين وبدء ظهور قلق الانفصال مؤخرا، لا والدي الطفل ولا

المعلم يبدو أنهم عرفوا أن هذه الحركات هي لزمات، والتي هي حركات غير إيقاعية/متسارعة تحدث لمدة قصيرة وتبدأ بشكل مفاجئ. الطفل يبدو أن لديه مجموعة متنوعة من اللزمات، بما في ذلك تلك التي لوحظت من قبل الباحث: بعضها حركية (يغمز/يرمش، ولوي الكتف) وبعضها صوتية (زقزقة [صوت الطائر]، شخير/ينخر [خنر كالحيوان]، وتنظيف/تطهير الحلق، الشم/ استنشاق، نقرات). اللزمات يمكن أن تكون بسيطة، مما يعني أنها تستمر لجزء من الثانية فقط، أو معقدة والتي تكون أطول مدة أو تتكون من سلسلة متتالية أو مجموعة من الحركات. وعلى الرغم من أن اللزمات قد تختلف على نطاق واسع في جميع أنحاء مسار اضطراب اللزمة، إلا أنها تميل إلى التكرار في موقف محدد خلال أي فترة معينة من المرض.

ويتحدد اضطراب لزمة محدد (إن وجد) وفقاً لنوع ومدة الحركات، ففي اضطراب توريت، يجب أن يكون كل من لزمة الحركة ولزمة الصوتية موجودين؛ في حين أن اضطراب اللزمة الحركية أو الصوتية الدائم (المزمن) فقط اللزمة الحركية أو فقط اللزمة الصوتية تكون موجودة. الطفل لديه مزيج من اللزمات؛ ولكن في هذه المرحلة كانت موجودة فقط لمدة ما يقرب من ٦ أشهر، كان مطلوب مدة لا تقل عن سنة أما لتشخيصه باضطراب توريت أو تشخيصه باضطراب اللزمة المستمر، وهذا لم يتحقق بالنسبة للطفل، لذلك يتم تشخيص الطفل باضطراب اللزمة المؤقت.

تحدث اللزمات في ١٥٪ -٢٠٪ من الأطفال، ويبدو أن ٠,٦٪ -١,٠٪ تتطور إلى اضطراب توريت، وفي المتوسط تظهر اللزمات في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤ و٦ سنوات، وتصل إلى شدة الذروة في سن ١٠- ١٢ سنة، وتنخفض شدتها بشكل عام خلال فترة المراهقة.

من المحتمل ملاحظة وجود اللزمات لأول مرة في مرحلة البلوغ؛ ولكن بدون أن يلاحظها أحد في مرحلة الطفولة، وعادة ما تتفاقم اللزمات عن طريق القلق؛ والإثارة/الانفعال، والإرهاق الشديد وتقل خلال فترات الهدوء والراحة، والأنشطة المركزة.

يفسر القلق على الأرجح نقص الانتباه لدى الطفل في الفصل الدراسي؛ على الرغم من أن اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط، والنوع الفرعي نقص الانتباه، لا يمكن استبعاده. إلا أن الذي يبدو أكثر احتمالاً أن اللزمات والقلق قد أثروا على أداء الطفل، كما أنه لا يوجد لديه تاريخ مبكر من نقص الانتباه أو فرط النشاط؛

فنجاحه في الفصل الدراسي الأول يجعلنا نستبعد اضطراب التعلم، لذلك لم يبين الاختبار. (وكقاعدة عامة، الاختبار يجب أن يتابع دائما علاج المشكلة التي قد تسبب الخلط أو الالتباس مثل القلق). أما عن اضطراب الوسواس القهري، وهو مرض يرتبط مع كل من اضطراب القلق واضطراب اللزمة، فإن الطقوس التي يقوم بها الطفل عند مدخل الباب يجب أن تكون مؤلمة أو تعيقه قبل أن تنظر في هذا التشخيص.

المراجـــع

المراجع

المراجع العربية :

١ الأشول، عادل (١٩٨٧): موسوعة التربية الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢ – أنسي، محمد أحمد قاسم (٢٠٠٥): اللغة والتواصل لدى الطفل، مركز الإسكندرية للكتاب.

٣ – بدر، إبراهيم (٢٠٠٤) : الطفل التوحدي (تشخيص وعلاج)، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.

٤ الجعافرة، حاتم (٢٠٠٨): اضطرابات الحركة عند الأطفال، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

٥ – الرشيدي، بشير وآخرون (٢٠٠٠): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية – مجلد ١ – الطبعة الأولى – الكويت.

٦ – الزغبي، أحمد محمد (٢٠٠٥) : مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية، دار الفكر للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، دمشق

٧ الزغول، عماد، الهنداوي، علي (٢٠٠٢): مدخل إلى علم النفس، أخبار العرب، العدد (٤٦٩)، (١٢٩ – ١٣٥)، الإمارات العربية المتحدة.

٨ – سليم، عبد العزيز إبراهيم (٢٠١١): الاضطرابات النفسية لدى الأطفال، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

٩ – سيسالم، كمال (٢٠٠١): اضطراب قصور الانتباه والحركة المفرطة: خصائصها وأسبابها وأساليب علاجها، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات.

١٠– الشناوي، محمد محروس (١٩٩٧): التخلف العقلي (الأسباب – التشخيص – البرامج)، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

١١– الطويرقي، عبد الله (١٩٩٤): فنومنولوجيا الاتصال الوجاهي: دراسة في فلسفة الاتصال، حوليات كلية الآداب، الحولية ١٤، الرسالة ٩٥، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.

١٢ عبد الرحيم، فتحي السيد (١٩٨٢): سيكولوجية غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، ط ٢، دار القلم، الكويت.

١٣- القاضي، خالد (٢٠١١): تعديل سلوك الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط الزائد: دليل عملي للوالدين والمعلمين، ط ١٠، عالم الكتب.

١٤- مرعي، ريتا (٢٠٠١): أولادنا، أكاديميا انترناشيونال: تلفزيون المستقبل، لبنان.

١٥- معوض، ريم نشابة (٢٠٠٤): الولد المختلف (تعريف شامل لذوي الحاجات الخاصة والأساليب التربوية المعتمدة)، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، لبنان.

١٦- معوض، مريان (٢٠١١): فعالية برنامج تدريبي قائم على التعلم الشرطي في خفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه لدى الأطفال البيبين، مجلة كلية التربية، جامعة بورسعيد، العدد العاشر، (٨٢٦-٨٥٤).

١٧- مقداد، محمد (٢٠٠٦): التكفل بالأطفال الذين يعانون اضطراب عجز الانتباه مع فرط النشاط في تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.

١٨- الوقفي، راضي (١٩٨٩): مقدمة في علم النفس، دار البشير، عمان.

١٩- يحيى، خولة أحمد (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن.

المراجع الأجنبية :

1 - American Psychiatric Association (1952): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.) Washington, DC: Author.

2 - American Psychiatric Association (1968): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd. ed.) Washington, DC: Author.

3 - American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington, DC: APA.

4 - American Psychiatric Association (1992): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC: Author.

5 - American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders-Revised (4th R ed) Washington, DC: Author.

6 - American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and

statistical manual of mental disorders-Revised (5th ed) Washington, DC: Author.

7 - Bender, L. (1947): Childhood Schizophrenia: Clinical study of one hundredschizophrenic children. American Journal of Orthopsychiatry, 17, 40-56.

8 - Bernstein,Deena K. & Tiegerman,Ellenmorris (1985): Language & Communication Disorders in children. Charles E. Merrill Publishing Co. Ohio.

9 - Bogdashina, O. (2006): Theory of mind and the triad of perspectives on autism and asperger syndrome. London and Philadelphia: Jessica Kingsely Publisher, Winzer, Margret A.(1993): The history of special education from Isolation to integration, Gallaudet University Presses. USA.

10- Burger, P., and Schorsch, E. (1969): Remarks concerning the concept of autism, Nervenarzt, 40(10), 454-459.

11- Carrey, M.J. (1995): Itard's 1828 memoire on "Mutism caused by a lesion of the intellectual functions": A historical analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34(12), pp.1655-1661.

12- Cox, R., and Mesibov, G. (1995): Relationship between autism and learning disabilities. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.), Learning and cognition in autism. (p. 57-70). New York: Plenum.

13- Crystal, D. (1987): The Cambridge Encyclopedia of Language. Cambridge: Cambridge University Press.

14- Eaves, L., and Ho, H. (1996): Stability and change in cognitive and behavioral characteristics of autism through childhood, Journal of Autism and Developmental Disorders, 26(5), pp.557-569.

15- Goldfarb, W. (1961): Childhood Schizophrenia, Cambridge, MA: Harvard University Press.

16- Grossman,H, (19983): Classification mental retardation, American Association of mental Deficiency

17- Kanner, L., and Eisenberg, L. (1956): Early infantile autism. American Journal of Orthopsychiatry, 26, pp. 55-65.

18- Lord, C, & Rutter, M. (1994): Autism and pervasive developmental disorders. In M. Rutter, L. Hersov, & E. Taylor (Eds.), Child and adolescent psychiatry: Modern approaches (3rd ed., pp. 569-593). Oxford, England: Blackwell.

19- Mac Millan,D.V. (1977): Mental Retardation in school and society, Little Brown and company, Boston,USA.
20- Mahler, M. (1952): On child psychoses and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychoses. Psychoanalytic Study of the Child, 7, pp. 286-305.
21- Minkowski, E. (1927): Autism and schizophrenic attitudes. Journal de Psychologie, 24, PP. 465¬-476.
22- Rank, B. (1955): Intensive study and treatment of preschool children who show marked personality deviations or " atypical development " and their parents. In Caplan, G. (Ed.), Emotional Problems of Early Childhood. New York; Basic.
23- Riper, Van & Lon Emerick (1984): Speech Correction. Englewood Cliffs, New Jersey. U.S.A.
24- Ritvo, E., and Freeman, B. (1977): National Society for Autistic Children definition of the syndrome of autism. Journal of Pediatric Psychology, 2, PP.146-148.
25- Rutter, M. (1978): Diagnosis and definition of childhood autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 8, 137-138.
26- Rutter, M., and Schopler, E. (1988): Autism and pervasive developmental disorders: Concepts and diagnostic issues. In E. Schopler, & G. Mesibov (Eds.), Diagnosis and assessment in autism. 15-36. New York: Plenum.
27- Short, A., and Schopler, E. (1988): Factors relating to age of onset in autis. Journal of Autism and Develop-mental Disorders, 18, pp. 207-216.
28- Volkmar, F., and Cohen, D. (1988): Classification and diagnosis of childhood autism. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.), Diagnosis and assessment in Autism. 71-89. New York: Plenum.
29- Volkmar, F., Bregman, J., Cohen, D., and Cicchetti, D. (1988): DSM-III and DSM-III-R diagnoses of autism. American Journal of Psychiatry, 145, pp. 1404-1408.
30- Volkmar, F., Stier, D., and Cohen, D. (1985): Age of recognition of pervasive developmental disorders, American Journal of Psychiatry, 142, 1450-1452.